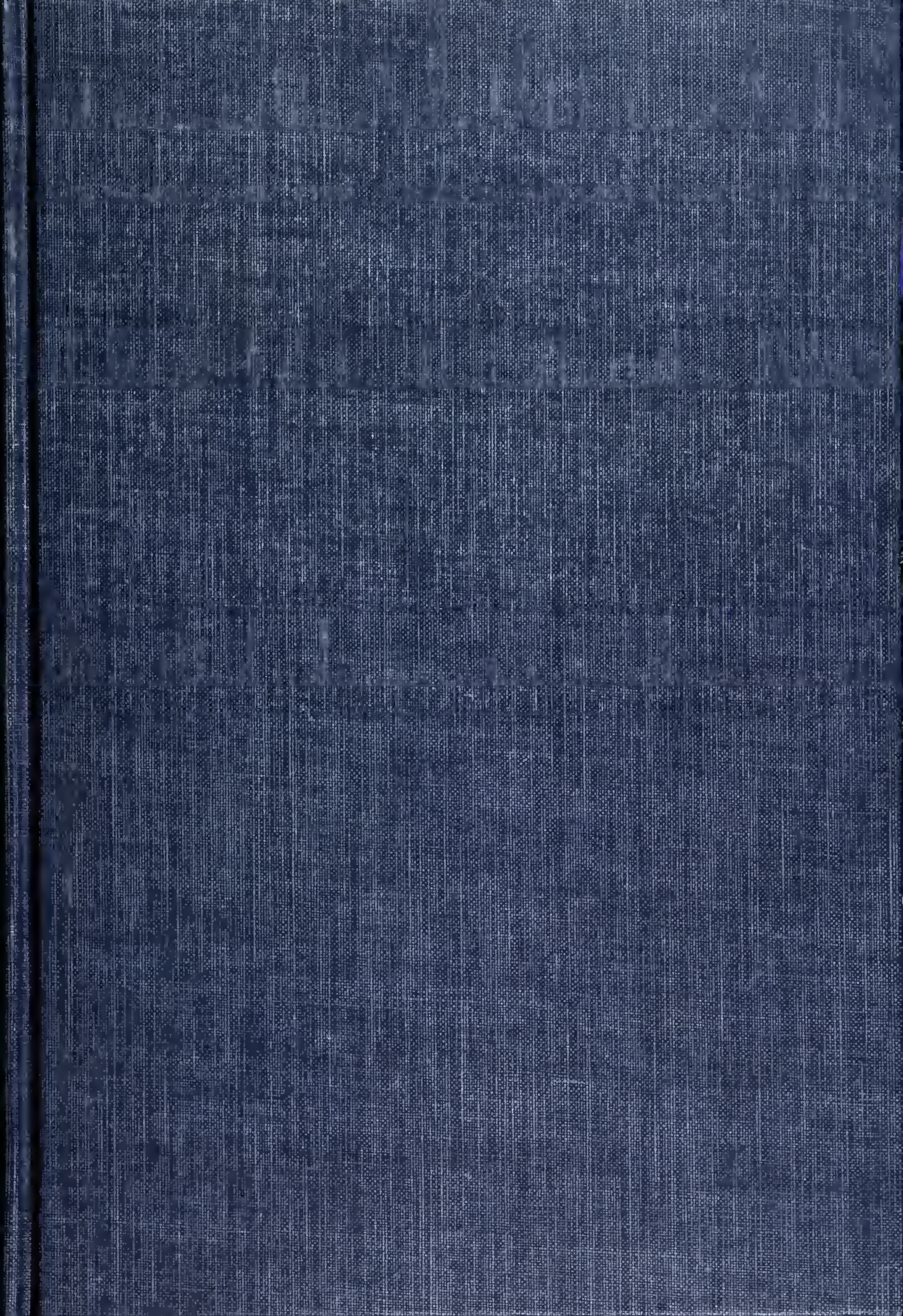
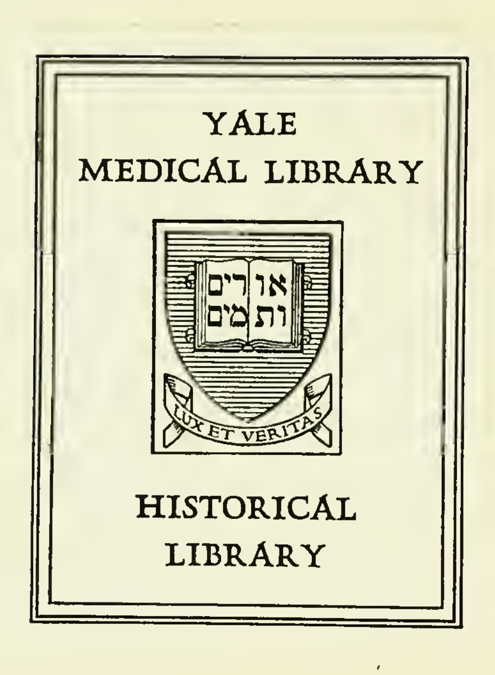




YALE
MEDICAL LIBRARY
אורים
ותמים
LUX ET VERITAS
HISTORICAL
LIBRARY

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

L'ABSINTHISME CHRONIQUE

PAR

Léon GAUTIER

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

PARIS

A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, EDITEURS

place de l'Ecole-de-médecine

1882

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

L'ABSINTHISME CHRONIQUE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE.

C'est pendant notre année d'internat dans le service de M. le Dr Lancereaux, que notre attention fut particulièrement attirée par notre maître sur l'alcoolisme et sur les variétés que présente cette intoxication, suivant la nature du liquide qui est l'objet de la prédilection des malades.

A première vue, nous devons le dire, ce n'est pas sans une certaine prévention que nous écoutions ses enseignements à cet égard. Les faits nous ont convaincu. On nous accusera probablement aujourd'hui d'aller plus loin encore que notre maître. C'est à l'observation clinique que nous renvoyons nos contradicteurs.

L'extension, chaque année plus grande, des habitudes

absinthiques, fournit un champ d'observation très considérable dans la population des hôpitaux. En quelques années, M. Lancereaux a pu réunir une soixantaine d'observations d'absinthiques qu'il a mises à notre disposition avec une munificence dont nous tenons à le remercier ici. C'est avec ces faits, dont une partie ont été observés personnellement par nous, et sont publiés ici pour la première fois, que nous avons essayé de faire ressortir les différences qui séparent l'absinthisme de l'alcoolisme vulgaire.

Il y a quelques années à peine que ces différences sont signalées. M. Lancereaux, lui-même, dans l'article Alcoolisme, du Dictionnaire Encyclopédique, s'exprimait de la façon suivante :

« Certaines liqueurs avec essences, telles que l'absinthe, la chartreuse, ont, suivant quelques auteurs (Motet, Legrand du Saulle), des effets différents de ceux de l'alcool. Ce serait un tort, cependant, d'admettre pour ces liqueurs un empoisonnement spécial, car les effets dominants sont toujours ceux de l'alcool. Sans vouloir soutenir avec M. Moreau que l'absinthe, à doses égales, n'est pas plus nuisible que toute autre liqueur au même degré de concentration alcoolique, il y a lieu de penser que les huiles ou les essences contenues dans les liqueurs alcooliques accroissent tout au plus les propriétés excitantes de ces agents et modifient fort peu leurs expressions symptomatiques et leur pronostic. »

Antérieurement à cet article, M. le Dr Motet (1) avait publié quelques observations d'absinthiques, ayant sur-

(1) Motet. Th. Paris, 1858.

tout en vue le développement de l'aliénation mentale sous l'influence des excès alcooliques et absinthiques.

Dans la voie expérimentale, Marcé et M. Magnan (1) observèrent chez les animaux des effets tout spéciaux à la suite d'ingestion, par diverses voies, d'essence d'absinthe. Ils signalèrent, en particulier, des attaques épileptiformes qui leur parurent la caractéristique de l'empoisonnement par l'absinthe.

C'est sous l'inspiration de M. Magnan, que fut conçue la thèse de M. Challand (2) qui relata d'une part des expériences sur des animaux, et rapporta d'autre part un certain nombre de faits cliniques. Mais si l'on interprète ses observations, on voit que tous ces faits se rapportent à des cas d'absinthisme aigu, aux accidents convulsifs. Quant aux accidents chroniques, réguliers, de l'intoxication lente, M. Challand ne reconnaît guère de différence entre l'alcoolisme et l'absinthisme.

C'est à M. Lancereaux que revient l'honneur d'avoir le premier signalé, dans une communication à l'Académie (3), puis dans une de ses leçons cliniques (4), les caractères symptomatiques particuliers qui font de l'absinthisme chronique, sinon une intoxication spéciale, du moins une variété à physionomie tranchée dans l'alcoolisme. Nous n'aurons guère dans ce travail qu'à développer les indications données par notre maître.

Tout dernièrement enfin, dans une communication à

(1) Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1864, t. LVIII, p. 628. Ibid., 1869, séance du 8 avril.

(2) Challand. Th. de Paris, 1871.

(3) Académie de médecine, séance du 9 octobre 1880.

(4) Gazette médicale de Paris, 1881.

la Société de Biologie (1), M. Danilo qui a repris dans le laboratoire de M. Vulpian, les expériences d'injection intra-veineuse d'essence d'absinthe sur les animaux a signalé le fait suivant, intéressant à notre point de vue. L'injection ultérieure d'alcool fait immédiatement cesser chez les chiens les accidents convulsifs déterminés par l'absinthe.

Nous nous bornerons dans ce travail à l'étude des accidents de l'absinthisme chronique. Les accidents convulsifs de l'absinthisme aigu ont été décrits d'une part par MM. Magnan et Challand, d'autre part par M. Lancereaux (2). Nous n'avons du reste jamais eu personnellement l'occasion de les observer.

ÉTIOLOGIE.

Pour les malades que l'on voit dans les hôpitaux de Paris, l'absinthisme relève presque uniquement de deux causes sociales. Ce sont, d'une part, l'habitation même à Paris, d'autre part le séjour en Algérie, soit comme colons, soit surtout comme militaires. Sur 39 faits se rapportant à des hommes où j'ai trouvé des renseignements sur le lieu où l'habitude de l'absinthe avait été contractée, elle l'avait été 20 fois à Paris et 18 fois en Algérie. Ces deux causes paraissent donc

(1) Société de Biologie, séance du 28 janvier 1882.
(2) Lancereaux. De l'absinthisme aigu. Acad. de méd. Août 1880.

agir dans une proportion à peu près égale, au moins sur la population hospitalière.

Quand on demande à un ancien soldat d'Afrique s'il a bu de l'absinthe là-bas, la réponse est constante : il vous dit qu'il a fait comme les autres, que c'est la boisson du pays, que le vin coûte trop cher. Il n'y a de variantes individuelles qu'au point de vue des quantités absorbées. Celles-ci sont quelquefois énormes. Beaucoup avouent 8 à 10 verres par jour. Le malade de l'observation I se cotisait, avant chaque repas, avec trois de ses camarades, pour en acheter un litre qu'ils consommaient aussitôt. L'impunité relativement prolongée de pareils excès ne pourrait s'expliquer avec l'absinthe que l'on boit à Paris. M. Lancereaux (1) a vu plusieurs fois et avec des doses moins fortes et non répétées, éclater en pareil cas les accidents de l'absinthisme aigu. L'absinthe d'Algérie doit donc être moins riche, soit en alcool, soit en essence, que l'absinthe de Paris. C'est là une condition qui paraît favorable au premier abord ; mais cet avantage est compensé, et au delà, par le bas prix auquel on peut se procurer cette liqueur en Afrique. Les soldats la paient, ou du moins la payaient, il y a quelques années, moins de 1 fr. le litre (80 centimes, m'ont dit la plupart des malades que j'ai interrogés à ce point de vue).

Une fois rentrés sur le sol natal, que deviennent tous ces buveurs d'absinthe ? Le plus grand nombre évidemment changent de régime en même temps que de genre

(1) Lancereaux. De l'absinthisme aigu. Communication à l'Académie de médecine, séance du 7 sept. 1880.

de vie et, s'ils n'ont pas poussé leurs excès trop loin, ils peuvent ne jamais ressentir aucun inconvénient de leur intoxication passagère. Mais il en est malheureusement d'autres qui arrivent fatalement à l'absinthisme chronique, soit qu'ils aient abusé davantage ou plus longtemps soit que, revenant à Paris, ils continuent à abuser de leur boisson favorite.

Quant aux sujets qui deviennent absinthiques à Paris un fait assez curieux ressort de la recherche que j'ai faite de leur position sociale : ils appartiennent tous à des professions relativement relevées pour des malades d'hôpital. Quatre de mes faits seulement se rapportent à des individus qualifiés de manœuvres ou journaliers, et ces quatre malades avaient séjourné en Algérie. Il est probable que c'est à la cherté relative de l'absinthe à Paris, qu'il faut attribuer ce résultat singulier, car l'alcoolisme vulgaire est, au contraire, d'autant plus fréquent que la profession est plus exclusivement manuelle (journaliers, charretiers, terrassiers, etc.). Peut-être est-ce aussi aux effets d'excitation intellectuelle que l'absinthe paraît produire au début, dans certains cas, qu'il faut attribuer la séduction qu'elle exerce sur des esprits plus cultivés.

Il y a en effet parmi les absinthiques de l'hôpital une première catégorie constituée par de véritables déclassés; ceux-là, c'est l'absinthe seule qui leur fait perdre l'une après l'autre les positions de moins en moins relevées auxquelles ils sont successivement réduits et qui finit par les amener misérables à l'hôpital. On trouvera plus loin l'observation d'un professeur capable d'enseigner sept langues qui après avoir fait toute espèce de métiers,

en était arrivé à être infirmier, et si mauvais infirmier qu'on ne pouvait le garder nulle part. Rangeons à côté de lui un ancien secrétaire de théâtre, deux clercs de notaire, des employés de commerce, un étudiant en médecine.

Nos autres malades étaient des ouvriers appartenant aux industries supérieures. C'étaient des bijoutiers, des joailliers, des ébénistes, des tourneurs, des peintres, etc. Presque tous travaillaienten atelier, ce qui montre l'influence énorme de la camaraderie et de l'entraînement.

Il nous est difficile d'établir, d'après nos faits recueillis presque exclusivement dans deux hôpitaux (la Pitié et Saint-Antoine), la fréquence relative de l'abus de l'absinthe suivant les quartiers de Paris.

Remarquons cependant en passant que six de nos malades travaillaient aux Halles centrales (porteurs, cuisinier, cocher, etc.); il y a donc évidemment là un centre d'intoxication; par contre, de la Halle-aux-Vins qui fournit à la Pitié tant de victimes du vin et de l'eau-de-vie, il ne nous est venu qu'un seul absinthique.

Bien que l'abus de l'absinthe soit infiniment plus rare chez la *femme*, nous avons pu chez elle réunir huit observations bien évidentes d'intoxication plus ou moins profondes. Quelques-unes de nos malades ont avoué plus ou moins franchement leurs habitudes; les autres ont nié énergiquement, se sont fâchées, sont mêmes allées jusqu'à quitter l'hôpital plutôt que d'être soupçonnées; mais dans ces cas, des renseignements fournis soit par le médecin traitant, soit par des voisins, soit par le marchand de vins ont montré la fausseté de

ces dénégations. C'est là un petit enseignement psychologique qui a bien son prix, et, en général, ce sont celles qui se gendarment le plus qu'il faut considérer comme les plus suspectes.

C'est la débauche qui est la cause la plus fréquente de l'absinthisme chez la femme ; la moitié de nos malades étaient des filles de barrière. Les autres étaient des ouvrières travaillant en atelier (blanchisseuses) ou des femmes auxquelles leur mari avait donné l'exemple de la boisson.

L'âge où l'on commence à boire de l'absinthe est presque toujours le même. Sur 38 obs. où cette date est indiquée 32 fois, c'est de 20 à 25 ans que l'habitude a été contractée. C'est encore une preuve de l'influence de l'entraînement sur les caractères non encore formés. Trois malades seulement avaient plus de 30 ans quand ils ont commencé leur excès ; mais dans ces trois cas il y avait une cause déterminante : chagrins de famille ou revers de fortune.

L'hérédité prédispose évidemment aux habitudes alcooliques; mais il est difficile de déterminer exactement son rôle et sa fréquence au point de vue restreint de l'absinthisme. Cependant, en relevant les antécédents héréditaires nous avons trouvé que, dans 15 cas, le père, et, dans 6 cas, la mère étaient indiqués comme buveurs ; s'il faut considérer comme sobres tous les parents dont les habitudes ne sont pas mentionnées, l'hérédité bi ou unilatérale existerait donc à peine dans le tiers des cas. Plusieurs fois par contre les malades ont raconté que l'habitude de l'absinthe était générale dans

leur famille, père, fils, frère, oncle, en absorbatent de compagnie.

La *race* et le *lieu d'origine*, comme M. Lancereaux l'a déjà montré il y a plusieurs années pour l'alcoolisme, jouent aussi un rôle très considérable au point de vue de la fréquence relative de l'absinthisme. Sur 50 malades, Français, dont le lieu d'origine était exactement indiqué, quatre seulement étaient nés au sud de la Loire et encore deux d'entre eux étaient-ils venus à Paris tout jeunes. Les méridionaux sont donc à ce point de vue infiniment plus sages que les gens du Nord. Les étrangers dont nous avons l'histoire appartiennent aussi aux races septentrionales (2 Belges, 2 Suisses, 1 Luxembourgeois).

Les Parisiens forment à eux seuls plus du tiers du total des malades français, et, en y ajoutant cinq individus venus à Paris enfants, on arrive presque à la moitié (1). Les provinces du nord et du centre se partagent a peu près uniformément le reste de nos malades. La Normandie en particulier qui, pour l'alcoolisme ordinaire, atteint Paris, si elle ne le dépasse pas, reste ici dans la moyenne. Du reste, d'où qu'ils viennent, ces provinciaux n'ont pas pris l'habitude de l'absinthe chez eux; c'est à Paris ou en Afrique, comme nous le disions au début de ce chapitre, qu'ils l'ont tous contractée.

(1) En relevant tous les malades qui ont séjourné dans notre service à la Pitié, en 1880, nous avons trouvé à peine 1 Parisien sur 5 malades.



SYMPTOMATOLOGIE

Les signes auxquels donne lieu l'intoxication chronique par l'absinthe sont extrêmement nombreux, variables d'un sujet à l'autre, se montrant successivement; il est donc pour ainsi dire impossible de les résumer dans un tableau clinique, d'en donner brièvement une notion générale; c'est par la lecture des observations seulement que l'on pourra se faire une idée des divers types symptomatiques que peut revêtir l'absinthisme suivant l'âge de l'intoxication, les conditions individuelles des malades, etc.

Nous procéderons donc analytiquement dans ce chapitre pour étudier les troubles subjectifs et objectifs que détermine l'absinthisme chronique dans le fonctionnement des divers appareils de l'économie. Cette analyse est évidemment moins brillante, elle fait moins tableau qu'une description synthétique, mais elle nous paraît seule rationnelle et scientifique. Du reste, nous avons dans les observations, rangé autant que possible les symptômes dans l'ordre où nous allons les étudier ici.

Comme dans l'alcoolisme ordinaire, plus même peut-être, c'est du côté du système nerveux qu'existent les symptômes les plus nombreux et les plus importants dans l'intoxication chronique par l'absinthe. Ces désordres portent sur toutes les fonctions auxquelles président le cerveau et la moelle. Peut-être même pourrait-on aller plus loin et dire que l'absinthisme n'agit sur l'économie que par des troubles de l'innervation. En effet l'on peut considérer les symptômes, les lésions

même que l'on observe du côté des viscères comme de simples résultats trophiques d'une altération primitive du système nerveux tout entier.

Symptômes psychiques. — L'altération des fonctions cérébrales supérieures est toujours d'une constatation relativement difficile à l'hôpital où l'on est privé des renseignements fournis par la famille, l'entourage du malade. Cependant, chez plusieurs de nos buveurs d'absinthe nous avons constaté des modifications profondes du caractère et de l'intelligence. Plusieurs malades avaient remarqué que leur humeur avait changé : ils étaient devenus irritables, emportés, ne pouvaient contenir leur colère; quelques-uns rapportaient bien nettement le début de cette irritabilité à l'époque où ils s'étaient mis à boire. Chez d'autres, c'était une tristesse profonde, une tendance à n'avoir que des idées sombres qui était devenue le fonds du caractère. La physionomie de ces derniers malades réflétait leur état mental; les traits tirés, les lèvres pendantes, l'expression triste du regard sont notés dans plusieurs faits.

Tel est l'état du malade laissé à lui-même; survienne une impression vive, une émotion, tous ces signes s'exagèrent d'une façon considérable. L'*émotivité* de l'absinthique est en effet très grande (c'est là un premier point de contact symptomatique avec l'hystérie). L'examen du médecin suffit en général à le démontrer : tantôt, en effet, le malade s'excite, se grise en répondant aux questions qu'on lui pose, sa face s'injecte, ses yeux deviennent brillants, et il est prudent alors de ne pas prolonger l'interrogatoire ; tantôt, au contraire,

sombre, concentré, il ne répond que de force pour ainsi dire.

Deux circonstances mettent tout particulièrement en lumière cette excitabilité morbide du caractère. La première est l'exploration de la sensibilité à la douleur. La pression au niveau des points douloureux, sur lesquels nous insisterons plus loin, provoque des contractions grimaçantes, parfois de véritables convulsions des muscles de la face; cette douleur, insignifiante en apparence, va jusqu'à faire éclater en sanglots des hommes robustes qui, quelques secondes auparavant, paraissaient parfaitement calmes. La seconde pierre de touche, ce sont les questions relatives aux habitudes du malade, si, pour une raison quelconque, il veut les dissimuler. C'est alors qu'on voit les femmes surtout entrer dans de violentes colères, fondre en larmes, déclarer qu'elles vont quitter tout de suite l'hôpital. Ces colères, ces larmes, sont en général aussi passagères que celles des hystériques, cependant il vaut mieux les éviter, comme toute autre cause d'excitation cérébrale. Si ces questions, ce qui est rare, paraissent indispensables au diagnostic, il faut attendre quelques jours avant de faire une enquête prudente.

Les modifications de l'*intelligence* sont encore plus difficiles à apprécier, surtout quand elles sont légères, comme c'est le cas le plus fréquent. C'est sur ce point surtout qu'il serait intéressant de connaître l'histoire de malades ayant reçu de l'éducation et capables de s'observer avec soin. La faculté qui paraît la plus atteinte est la mémoire. Plusieurs de nos malades y revenaient avec insistance. D'ailleurs cette amnésie n'est pas par-

ticulière à l'absinthisme : elle était très marquée chez notre buveur de vulnéraire (obs. XVII); il faut aussi tenir compte à cet égard du rôle du tabac, dont l'abus va généralement de concert avec les habitudes alcooliques.

La parole présentait des altérations légères dans quelques cas : sans parler ici du tremblement facial caractéristique, ni de l'hésitation produite par l'émotion, dans plusieurs faits il existait un certain degré de gêne pour trouver les mots dont les malades eux-mêmes se rendaient compte.

Ces troubles des facultés intellectuelles et morales peuvent-ils aller plus loin? l'absinthisme peut-il. à lui seul, mener à l'aliénation mentale? Nous n'en avons pas trouvé d'exemple dans nos faits, au moins pour la folie proprement dite. Il est vrai que c'est dans les hôpitaux spéciaux qu'il faudrait observer à cet égard. Quoi qu'il en soit, l'éréthisme nerveux permanent, créé par l'absinthisme, nous paraît chez les sujets prédisposés devoir être une cause adjuvante puissante de folie. Etant donné l'état de tristesse habituelle des absinthiques, ils paraissent devoir aboutir plutôt à la lypémanie.

La question des rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale n'est pas encore résolue. M. Lancereaux, en particulier, ne croit pas que l'alcoolisme soit jamais la cause de la périencéphalite diffuse. Pour l'absinthisme, les faits étant plus rares, il est à plus forte raison impossible de se prononcer. Disons cependant que deux paralytiques généraux observés par nous, étaient, de leur aveu, de grands buveurs d'absinthe.

La seule forme de manie qui soit survenue dans nos observations à la période ultime de l'intoxication absinthique est *la démence.* Dans un fait (obs. VIII) elle s'accompagnait de symptômes analogues à ceux de la pellagre; dans l'autre (obs. VII) c'était un état progressif d'indifférence et de gâtisme qui rappelait la démence sénile. Dans ces deux cas on trouva à l'autopsie des lésions de l'arachnoïde, une pachyméningite sans hématomes.

Délire. — Le délire s'observe fréquemment chez les absinthiques sous forme d'accès analogues, comme durée, comme modalité symptomatique, avec le délire alcoolique ordinaire; il est impossible, étant donné un malade pendant son accès, de dire si l'on a affaire à un absinthique ou à un buveur d'autres liqueurs, et cela d'autant plus que certains symptômes caractéristiques de l'absinthisme peuvent disparaître sous l'influence de l'attaque de vésanie; l'hyperalgésie, en particulier, peut ne pas exister à ce moment, elle peut même être remplacée par de l'analgésie.

Trois des malades dont l'histoire est rapportée plus loin ont eu du délire sous nos yeux (obs. IV, XI, XII). Mais dans ces 3 cas, le délire n'est pas survenu spontanément; c'est à l'occasion d'une maladie intercurrente qu'il a éclaté : embarras gastrique dans un cas, pneumonie et fièvre typhoïde dans les autres. Frappé de cette circonstance, nous avons alors recherché s'il en était de même dans les autres faits. D'une façon constante. Nous avons trouvé, aussi bien dans nos observa-

tions d'alcooliques que dans celles qui font le sujet de cette étude, que le délire des buveurs a toujours une cause déterminante. Le plus souvent cette cause déterminante est une maladie aiguë intercurrente qui peut, il est vrai, n'être qu'un léger état gastrique ; parfois, c'est un abus de liquide encore plus considérable que de coutume ; d'autres fois, c'est une impression extérieure : froid subit, traumatisme ; d'autres fois enfin, c'est une émotion plus ou moins vive qui fait éclater l'accès. Nous avons trouvé, en particulier, plusieurs faits où le délire s'est manifesté le lendemain de l'entrée à l'hôpital et où il nous semble qu'il faut incriminer l'émotion produite, soit par cette entrée elle-même, soit par l'examen médical.

Il est évident que cette hypothèse aurait besoin, avant d'être affirmée, d'un nombre de cas plus considérable que ceux que nous avons vus. Cependant il est tentant de la formuler ainsi : Le délire, aussi bien dans l'alcoolisme que dans l'absinthisme, n'est pas un symptôme normal, régulier de l'intoxication, c'est un accident qui ne se produit que sous l'influence de causes spéciales.

Les conceptions délirantes de l'absinthique présentent la même incohérence, le même caractère de *rêves*, comme l'a dit M. Lasègue (1), que celles de l'alcoolique. Il a la même tendance à se lever, à se sauver. Ses visions présentent peut-être un caractère plus terrifiant encore. Mais en somme, comme nous le disions en débutant, le diagnostic, d'après le symptôme lui-même, n'est pas possible.

(1) Archives de médecine, 1881.

Le pronostic est de même variable, suivant l'état du sujet, suivant qu'il s'agit d'une première attaque ou d'une récidive, suivant la gravité de l'affection qui l'a produite. (Voir obs. XI et XII).

Troubles du sommeil. Rêves. — La nuit n'apporte pas à l'absinthique le repos dont son système nerveux surexcité aurait besoin. En premier lieu, il a la plus grande peine à s'endormir : il se retourne et s'agite longtemps dans son lit avant de voirarriver le sommeil. C'est dans cette période que se manifestent tout d'abord les hallucinations sensorielles sur lesquelles nous reviendrons plus bas. Une fois endormi, plusieurs causes viennent compromettre son repos. Les sensations douloureuses, les crampes, les soubresauts seront décrits plus tard, mais la cause principale des réveils brusques et angoissés de nos malades, ce sont les cauchemars.

Ici encore, nous trouvons une similitude symptomatique presque absolue avec l'alcoolisme. Nos faits sont pleins d'exemples de cette nature. Les rêves professionnels, les chutes, les animaux, le feu ont la même fréquence et se succèdent en général dans l'ordre indiqué, suivant le degré de l'intoxication. Le caractère pénible, effrayant de ces visions,est plus marqué encore que dans l'alcoolisme. Les animaux,plus ou moins fantastiques, ne se contentent pas de se montrer au malade, ils le poursuivent, lui sautent à la gorge, le mordent. Cette dernière sensation est évidemment produite par la persistance, à un certain degré pendant le sommeil, des douleurs nocturnes des membres.

Le malade s'éveille alors inquiet, les membres rom-

pus, les extrémités couvertes de sueurs froides, et il lui faut de nouveau beaucoup de temps pour se rendormir. Cette insomnie, plus ou moins absolue, peut bien contribuer pour sa part à entretenir l'excitation cérébro-spinale.

Un fait assez particulier, et qui a un certain intérêt, au point de vue de la théorie du rêve, c'est que constamment, les animaux dont rêve le malade sont ceux qu'il a eu l'occasion de voir, qui ont frappé son imagination : les anciens soldats d'Afrique voient des chacals, des hyènes, des lions; les femmes voient des animaux répugnants de nos climats : des rats, des serpents; les gens plus cultivés rêvent d'animaux fantastiques, d'hydres, de dragons.

Les rêves de chute d'un lieu élevé, dans un précipice, sont toujours suivis d'un réveil brusque avec sursaut. Il est probable que l'idée du rêve lui-même est produite par la contraction musculaire qui produit le soubresaut et le réveil,ce qui montre l'instantanéité de ces conceptions.

Hallucinations. —La vue et l'ouïe sont, dans une proportion à peu près égale, affectées pendant l'état de veille par des conceptions imaginaires. Ces hallucinations présentent les mêmes caractères que les conceptions du délire ou que celles du rêve. Elles sont toujours terrifiantes. L'hallucination de la vue la plus fréquente est la suivante : le malade voit autour de lui des fantômes ou des hommes dont la vue lui est désagréable. Les sergents de ville et les gendarmes sont fréquemment dans ce cas. A un degré plus parfait ces person-

nages ont une expression menaçante ou bien il semble au malade qu'ils vont le frapper, lui mettre la main à la gorge.

Les troubles subjectifs de l'audition sont caractérisés par des voix « qui disent des choses désagréables », par des « menaces » adressées au malade. Ces phénomènes d'abord nocturnes, comme nous l'avons dit, en arrivent à se produire dans la journée au milieu même du travail. Le malade de l'observation III fuyait précipitamment de son atelier dans la rue pour échapper à des esprits imaginaires.

Les hallucinations sont rares dans l'alcoolisme pur; ici, au contraire, elles sont la règle quand l'intoxication est arrivée à un certain degré.

Les autres sens, dont les perceptions sont bien plus limitées, doivent être très rarement le siège de sensations imaginaires. Notre buveur de vulnéraire, cependant (observ. XVII) avait parfois une véritable hallucination de l'odorat; quand il avait rêvé d'orage, il conservait longtemps après son réveil une sensation d'odeur sulfureuse.

Autres troubles sensoriels. — Outre les hallucinations, le sens de la vue est souvent troublé par des sensations subjectives moins parfaites et en général très rapides; souvent les malades racontent qu'ils voient des étincelles, des points noirs ou colorés voltiger devant leurs yeux. Les alcooliques sont aussi sujets à ces phénomènes de photopsie mais moins fréquemment à ce qu'il semble.

Généralement la sensation perçue est toujours la même pour le même malade. C'est ainsi que l'un voit seule-

ment des étincelles, l'autre seulement des points noirs ; cependant les diverses variétés de photopsie peuvent se succéder chez le même individu. Quand ces points mobiles, ces mouches volantes sont colorés, c'est toujours de nuances vives, rouge ou jaune surtout.

Dans une période avancée de l'intoxication, à ces phénomènes passagers peut venir s'ajouter une véritable altération permanente de la vision. Dans deux cas les malades se sont aperçus qu'ils ne distinguaient plus bien les couleurs. Il y aurait donc là un véritable daltonisme acquis. Beaucoup plus fréquemment, il y a simplement une diminution de l'actuité visuelle, une amblyopie toxique. Plusieurs de nos malades se plaignaient d'avoir constamment un brouillard devant les yeux.

A la photopsie correspond, du côté de l'ouïe, une sensation de bourdonnement, ce phénomène est plus rarement noté dans nos faits. La diminution de l'acuité de l'ouïe est aussi exceptionnelle, il est vrai qu'elle est plus difficile à constater.

Quant aux autres sens la seule altération, que nous en ayons rencontrée se rapporte à l'odorat. Le sujet de notre observation I s'était aperçu dans l'exercice de son métier de boucher que, depuis quelque temps, il était obligé de mettre la viande presque sous son nez pour s'assurer de sa fraîcheur.

Troubles de la sensibilité générale.

a) *Sensibilité à la douleur*. Nous arrivons ici à un ordre de signes particulièrement caractérisques et qui ont la

plus grande importance, pour arriver au diagnostic de l'absinthisme quand le malade nie ou que l'on ne veut pas lui faire des questions relativement à ses habitudes.

Constamment on rencontre chez les absinthiques des phénomènes douloureux, soit spontanés, soit appréciables seulement par l'exploration de la sensibilité à la douleur ; ces phénomènes revêtent une physionomie toute particulière, pathognomonique oserons-nous dire, dans la majorité des cas ; il s'agit seulement de penser à interroger le malade dans ce sens et d'explorer complètement l'état de la sensibilité à la douleur.

Les douleurs spontanées sont un symptôme très fréquent. On en trouvera l'existence signalée dans presque toutes nos observations ; souvent même ce sont elles qui ont amené le malade à l'hôpital et son principal souci était d'en être débarrassé.

Ces douleurs peuvent se montrer avec des caractères très divers, occuper tantôt un siège, tantôt un autre; les diverses variétés qu'elles affectent peuvent se trouver réunies chez le même malade. On peut les rapporter à trois types bien distincts. La première et la plus importante de ces variétés est constituée par des douleurs occupant symétriquement les extrémités et caractérisées par des sensations de fourmillement, de picotement, pouvant dans certains cas prendre le caractère excessif de broyement, d'arrachement des membres. Pour la commodité de la description nous les appellerons, vu leur siège et pour ne rien préjuger sur leur nature, *douleurs périphériques*. Une seconde espèce occupe les articulations ou leur voisinage, simulant jusqu'à un certain point le

rhumatisme articulaire, *douleurs rhumatoïdes*. Les dernières sont de véritables névralgies occupant le territoire d'un ou de plusieurs nerfs, *douleurs névralgiques*. C'est du reste un caractère commun à certaines intoxications chroniques de produire des douleurs de types divers. Les auteurs qui ont écrit en dernier lieu sur l'intoxication arsenicale en particulier (Kirchofer, Scolozuboff) signalent de même la coexistence de sensations de fourmillement aux extrémités, de douleurs articulaires et névralgiques.

Des sensations périphériques, plus ou moins douloureuses, existent aussi dans l'alcoolisme ordinaire, mais elles se bornent habituellement alors à des sensations d'engourdissement, de chatouillement, de fourmillement; ce n'est qu'exceptionnellement, à l'occasion d'un état morbide intercurrent, d'un embarras gastrique en particulier, qu'elles acquièrent alors un peu de l'intensité de celles que nous allons décrire.

Les *douleurs périphériques* sont signalées dans nos observations III, V, VII, IX, X, XI, XII. XIII, XV, XVI. On voit donc que c'est un symptôme extrêmement fréquent.

Ces accidents débutent généralement par les membres inférieurs et y restent quelquefois limités; quand les membres supérieurs sont atteints, l'intensité des douleurs n'y est jamais aussi considérable qu'aux jambes.

C'est la nuit que ces sensations douloureuses atteignent leur maximum; nous les avons déjà signalées comme une des causes de l'insomnie; au début elles disparaissent complètement dans la journée pour ne se

reproduire que quand les malades se couchent; la plupart d'entre eux les attribuaient même à la chaleur du lit et éprouvaient un soulagement plus ou moins complet en sortant leurs jambes de dessous les couvertures pour les exposer à l'air frais.

A une première période, ce sont simplement des fourmillements, des picotements que les malades éprouvent. L'un d'entre eux comparait l'état de ses jambes à la sensation éprouvée par la compression du nerf cubital, dans certaines positions du coude. Un point important à signaler ici et que nous retrouverons comme une caractéristique de presque tous les troubles sensitifs et moteurs de l'absinthisme, c'est la symétrie de ces sensations douloureuses; toujours généralisées aux deux membres inférieurs, elles occupent les mêmes points de chacun d'eux, s'arrêtant au même niveau.

Ces douleurs débutent en effet toujours par les pieds et la région inférieure de la jambe et remontent peu à peu jusqu'aux genoux qu'elles dépassent peu fréquemment (obs. X); elles suivent la même marche ascendante aux membres supérieurs.

Dans un certain nombre de cas tout se borne là; il faut même appeler sur ce point l'attention du malade pour qu'il vous signale ces fourmillements, ces picotements, auxquels il est si habitué qu'il n'y attache pas d'importance: mais d'autres fois, ces douleurs deviennent peu à peu beaucoup plus intenses, et, tout en restant diffuses, disséminées, symétriques, se changent en sensations de tiraillement violent, de morsure, de déchirure qui arrivent à constituer pour le malade une véritable torture recommençant chaque nuit.

Le malade de l'observation X disait qu'il croyait parfois que des chiens lui déchiraient les jambes; celui de l'observation III croyait que des ouvriers les lui avaient rabotées, lacérées tout la nuit. Ces comparaisons font penser aux douleurs ostéocopes, mais dans aucun de ces deux faits rien ne pouvait faire supposer la syphilis et le chloral calma assez rapidement ces accidents. Cependant, quand il y aura syphilis antécédente, l'analogie du mode symptomatique pourra peut-être dans certains cas mettre dans l'embarras. Le début par une période plus ou moins prolongée de fourmillements, la marche ascendante, la symétrie des douleurs acquerront alors une grande valeur diagnostique.

Les *douleurs rhumatoïdes* s'observent plus rarement; quelquefois les malades rapportent aux articulations ou à leur voisinage leurs sensations douloureuses, mais la coexistence de fourmillements, de picotements superficiels met sur la voie. Dans un cas cependant, nous avons vu la douleur excessive au niveau des jointures produire une impotence, une immobilité analogues à celles du rhumatisme (obs. IV), mais l'absence de toute rougeur, de tout gonflement, de toute fluxion articulaire en un mot n'aurait jamais pu se rencontrer dans un rhumatisme aussi douloureux.

Le type *névralgique* existait très nettement chez le malade de notre observation XIII qui présentait une névralgie faciale et cervicale double avec les points caractéristiques. Dans l'observation XII il est rationnel de rapporter à une névralgie iléo-lombaire les douleurs abdominales vives avec dysurie dont se plaignait la malade.

Nous reviendrons sur la névralgie intercostale et les névralgies en général à propos de la condition la plus ordinaire de leur développement (voir page 56).

Les troubles objectifs de la sensibilité à la douleur sont constants dans l'absinthisme chronique. Dans toutes nos observations, on pourra trouver des modifications de l'algésie qui, dans l'immense majorité des cas, sont constituées par une augmentation de la sensation douloureuse, par de l'hyperalgésie.

Les caractères, l'intensité, le siège de cette hyperalgésie cutanée varient d'un fait à l'autre ; mais ce symptôme n'en conserve pas moins, à cause de sa constance et de certains traits généraux qui restent toujours identiques, une valeur de premier ordre au point de vue du diagnostic.

C'est par deux procédés, primitifs si l'on veut, mais dont la simplicité même est un avantage relatif, que M. Lancereaux à l'habitude de rechercher chez ses malades l'état de la sensibilité à la douleur. Tantôt il pique légèrement la peau avec une épingle, tantôt il la pince entre les deux doigts; l'impression plus ou moins douloureuse perçue par le malade est exprimée par une réaction plus ou moins vive: expression de douleur, cri, contraction de la face, dans certains cas même, contorsions générales, pleurs, supplications de cesser l'exploration. Avec une certaine habitude, on arrive à pincer ou à piquer la peau d'une façon à peu près toujours la même ; l'effet produit est alors évidemment en raison directe de l'état d'exaltation ou de diminution de la sensibilité elle-même.

L'hyperalgésie cutanée peut être généralisée; elle a

en outre des régions qu'elle occupe de préférence et où on doit en premier lieu rechercher son existence.

Les extrémités, particulièrement celles des membres inférieurs, sont, en même temps que le siège presque unique des douleurs spontanées, le lieu d'élection de l'exaltation des douleurs provoquées chez les absinthiques.

Viennent ensuite, par ordre de fréquence, la fosse iliaque, particulièrement dans le point correspondant à l'ovaire chez la femme et la région rachidienne soit sur la ligne médiane, le long des apophyses épineuses, soit latéralement au niveau des trous de conjugaison, c'est-à-dire de l'émergence des nerfs rachidiens; mais dans ces dernières régions la question est plus compliquée qu'aux membres, car, outre la douleur cutanée provoquée par le pincement ou la piqûre, on y provoque fréquemment par la pression profonde une sensibilité spéciale, une douleur remarquable par les caractères toujours les mêmes de la réaction du malade quand on a produit.

L'hyperalgésie des extrémités dans la grande majorité des faits présente des caractères constants: elle est symétrique, d'autant plus marquée qu'on s'éloigne davantage du tronc, beaucoup moins vive et remontant moins haut aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. On voit qu'elle présente la même distribution comme siège et comme intensité que les douleurs spontanées périphériques.

Cette augmentation de l'algésie existait aux membres inférieurs dans tous nos faits, sauf trois (obs. III, VIII, XIV); elle est donc extrêmement fréquente, nous

verrons même que dans les faits où elle manquait il y avait des raisons pouvant expliquer son absence.

Le degré de l'hyperalgésie est variable. Elle peut être excessive. Le malade de l'observation II en particulier poussait des cris dès qu'on touchait ses jambes ou ses pieds. D'autres après quelques piqûres et quelques pincements se refusaient énergiquement à ce qu'on continuât l'exploration (obs. X, XIII, etc.). Nous avons déjà insisté sur l'excitation excessive que déterminait dans certains cas la recherche de l'état de la sensibilité.

Quelquefois la sensation douloureuse persiste extrêmement longtemps, les femmes des observations XV et XVI souffraient encore le soir au niveau des points pincés le matin.

Certaines sensations, non seulement supportables, mais pouvant être indolores à l'état normal, deviennent par le fait de l'hyperalgésie des sensations extrêmement douloureuses. Il faut placer ici au premier rang le chatouillement de la plante des pieds sur lequel nous aurons à revenir au point de vue de la sensibilité excito-motrice.

Cette exploration, évidemment désagréable à l'état normal, était devenue pour quelques-uns de nos malades un véritable supplice (voir en particulier obs. II, obs. XVI). Il est évident que l'ébranlement nerveux produit par un chatouillement un peu prolongé pourrait dans les cas de ce genre avoir, à bref délai, des conséquences funestes. Le contact d'objets chauds ou froids, supportables pour des sujets sains, déterminant même seulement une sensation thermique non douloureuse, donnait lieu chez quelques malades à une sensation de vive brûlure ou de froid excessif (obs. XVI).

Rien de semblable à cette hypéralgésie régulièrement symétrique des extrémités n'existe dans l'alcoolisme ordinaire. Notre observation de buveur de vulnéraire (obs. XVII) est un exemple de ce qu'on observe le plus souvent en pareil cas. Non seulement l'hyperalgésie n'existe pas, mais elle est remplacée par une diminution plus ou moins considérable de la sensibilité à la douleur qui présente les mêmes caractères de symétrie et de généralisation aux quatre membres. Cependant avec cette analgésie qui est la règle on observe parfois chez l'alcoolique des points, des plaques d'hyperesthésie, comme il en existait une sur la jambe gauche du malade que nous venons de prendre pour exemple. Il nous aurait été facile de citer un grand nombre de faits semblables et d'ailleurs M. Lancereaux a insisté depuis longtemps déjà sur la diminution des perceptions douloureuses aux extrémités chez les buveurs. On pourrait donc poser d'une façon genérale que dans l'alcoolisme cest l'analgésie des extrémités qui est la règle, tandis que dans l'absinthisme c'est l'hyperesthésie.

Cette loi souffre cependant des exceptions; il est vrai que quelques-unes sont peut-être plus apparentes que réelles. En premier lieu on trouvera plus loin deux faits où les malades, tout en avouant boire, niaient l'absinthe (obs. XIV et XVI). Ces deux faits sont précisément deux exemples d'hyperesthésie excessive. Pour la première, M. Lancereaux admet qu'il ne faut pas s'en rapporter aux négations du malade, peut-être insuffisamment questionné; quant au second, étant donné qu'il s'agit d'une femme, dont nous n'avons pu contrôler la véracité en questionnant son entourage, que

tous les symptômes chez elle militaient en faveur de l'absinthisme, il est probable qu'il en était de même; aussi n'avons-nous pas hésité à publier ces deux faits, pour montrer précisément quelles sont les difficultés du diagnostic en présence de négations absolues.

Il est possible cependant qu'à une certaine période, chez certains sujets particulièrement nerveux, l'abus d'autres boissons que l'absinthe, du vulnéraire en particulier, puisse déterminer des phénomènes d'hyperalgésie symétrique des extrémités; c'est là un point qui nous occupera de nouveau au chapitre du diagnostic.

D'autre part l'hyperalgésie n'est pas constante dans l'absinthisme. Comme nous l'avons vu, ce symptôme manquait dans trois de nos faits.

Pour l'observation XIII, on peut penser avec M. Lanceaux que les sypmtômes de l'absinthisme antérieur étaient masqués par ceux de l'alcoolisme devenu ultérieurement presque exclusif. Les deux autres exceptions citées plus haut sont probablement du même genre. Dans ces trois faits du reste, au-dessus des extrémités anesthésiées il existait à la racine des membres inférieurs une zone où l'hyperalgésie reparaissait.

Chez un malade que nous avons pu suivre très longtemps, qui était, de son aveu paraissant sincère, un absinthique pour ainsi dire pur, nous avons vu l'hyperalgésie, intense au début, diminuer peu à peu, disparaître et faire place à un degré notable d'analgésie, ayant le même siége (obs. X). L'analgésie paraît donc pouvoir exister dans l'absinthisme pur, mais consécutivement à une période plus ou moins longue d'hyperalgésie. C'est là un nouvel exemple de ce fait si souvent constaté en pathologie ner-

veuse du remplacement rapide d'un symptôme d'excitation par le symptôme contraire de dépression. Ajoutons cependant que c'est le seul exemple que nous avons rencontré sur un grand nombre de faits et qu'il s'agit d'une observation présentant un grand nombre de caractères exceptionnels que nous aurons à signaler chemin faisant.

La généralisation de l'hyperalgésie est un symptôme assez rare. Quand il se produit, la peau de la face et de la région sternale conserve constamment sa sensibilité normale (obs. II). Elle présente du reste les mêmes caractères partout et en particulier l'expression de la douleur ressentie par le malade est toujours la même.

La pression profonde de la région inférieure de l'abdomen, en dehors du muscle droit, à quelques travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope est douloureuse chez un grand nombre d'absinthiques.

En raison du siège et des caractères singuliers que présente cette perception douloureuse, M. Lancereaux a l'habitude de l'appeler *douleur ovarienne.* Rien n'est plus semblable en effet qu'un absinthique auquel on presse sur ce point et une hystérique à laquelle on pratique la compression de l'ovaire. La figure du malade prend la même expression grimaçante, il fait entendre le même cri et son corps se courbe de même en arc de cercle tendant à ne reposer sur le plan du lit que par les talons et l'occiput.

Tantôt la pression est douloureuse d'un seul côté, soit à droite, soit à gauche, sans qu'il paraisse y avoir de fréquence prédominante pour un côté plutôt que pour

l'autre, tantôt la douleur *ovarienne* est double, mais constamment alors plus forte d'un des côtés.

Ce symptôme singulier, dont nous ne soupçonnons même pas la cause physiologique ou anatomique, a dû être parfois l'occasion d'erreurs de diagnostic. L'identité avec l'hystérie est en effet absolue au point de vue de la modalité symptomatique, au moins pour la réaction initiale, car nous ne croyons pas que dans l'absinthisme on puisse provoquer ainsi une attaque convulsive, du moins nous n'en avons jamais vu ou trouvé mentionné d'exemples.

Les points douloureux à la pression le long du rachis paraissent exister moins fréquemment. Leur siège est variable, ils existent souvent d'un seul côté et sur une hauteur peu considérable. La pression à leur niveau provoque aussi parfois une réaction semblable à celle observée dans l'hystérie.

On voit combien ces troubles de la sensibilité à la douleur, et en particulier ceux qu'il n'est possible de constater que par un examen méthodique et complet, sont remarquables et caractéristiques dans l'absinthisme.

b) *Sensibilité tactile.* — Les modifications du tact sont au contraire rares et peu importantes. Un malade cependant en a présenté d'assez accusées. C'est celui de l'observation X. Il ne sentait que très imparfaitement le sol, sans avoir cependant les sensations erronées des ataxiques ; il perdit un jour sa pantoufle en marchant et continua à avancer sans se rendre compte de cet acci-

dent. Il est probable aussi que les troubles du mouvement des membres supérieurs observés chez lui tenaient, au moins en partie, à ce qu'il ne sentait pas bien les objets qu'il avait dans la main.

Objectivement chez cet homme, aux extrémités des membres, le contact léger n'était pas perçu; il fallait même exercer une pression assez forte pour produire une impression qui devenait aussitôt douloureuse.

Dans tous les autres cas la sensibilité tactile paraissait avoir conservé son intégrité ou à peu près. La notion de position des membres en particulier persistait, même dans les cas de paralysie motrice presque complète.

c) *Sensibilité thermique.* — Un certain nombre de nos malades se plaignaient d'avoir constamment froid aux pieds, de ne pouvoir les réchauffer ; tantôt alors on les trouvait en effet froids au toucher, tantôt au contraire ils étaient aussi chauds que le reste du corps et la sensation était purement subjective.

Quant à la notion du froid et du chaud des objets extérieurs, nous l'avons toujours trouvée intacte; dans quelques cas même, comme nous l'avons dit plus haut, elle paraissait exagérée; mais il est probable qu'alors c'était l'augmentation de la sensibilité à la douleur qui faisait paraître excessifs les changements de température en les rendant douloureux.

d) *Sensibilité excito-motrice.* — L'existence de l'hyperalgésie rend aussi difficile chez certains malades

l'exploration de la sensibilité réflexe. On ne sait comment distinguer dans les mouvements désordonnés exécutés par un absinthique auquel on chatouille la plante des pieds, ce qui est produit par la douleur de ce qui viendrait d'une augmentation de la sensibilité excito-motrice.

La recherche des réflexes tendineux n'a malheureusement été pratiquée que dans un certain nombre de nos faits. Constamment nous avons trouvé le réflexe rotulien notablement exagéré. C'est là un point très important dans les cas qui, comme notre obs. X, simulent l'ataxie.

e) Troubles de la circulation, de la sécrétion et de la nutrition de la peau. — Nous plaçons ici, à côté des altérations de la sensibilité, certains signes qui dépendent comme elles de troubles de l'innervation cutanée, tout en reconnaissant que ce rapprochement est un peu artificiel.

L'excitation exagérée des vaso-moteurs de la face se traduisant par des alternatives brusques de pâleur et de rougeur est notée dans plusieurs faits.

Chez le malade déjà si souvent cité de l'obs. X, on produisait, soit en mettant les jambes dans une position déclive, soit en les pressant plusieurs fois de suite, une vive rougeur avec sensation de chaleur brûlante des membres inférieurs. Ce phénomène était du reste très passager, mais se reproduisait autant de fois qu'on le voulait.

Plusieurs fois, les points pincés pendant l'exploration de la sensibilité sont devenus le siège d'une rougeur pouvant persister plusieurs heures.

Dans quelques cas même, un pincement très modéré a suffi pour produire de véritables ecchymoses (obs. XVI). Ce fait indique évidemment une fragilité spéciale des capillaires. Ajoutons cependant que c'est uniquement dans les cas où il existait une paralysie motrice et dans les régions paralysées, que ce phénomène a été observé et que d'autres hémorrhagies spontanées ne sont notées dans aucun cas.

La dilatation variqueuse des vaisseaux cutanés de la face, qui constitue le signe le plus vulgaire de l'alcoolisme pour les gens du monde, existait à un certain degré dans plusieurs faits; cependant aucun de nos absinthiques purs ne présentait cette face bouffie, violacée, bourgeonnante, qui caractérise certains buveurs d'eau-de-vie et surtout de vin.

La *sécrétion sudorale* paraît normale chez les absinthiques à l'état ordinaire; mais survienne une émotion, une préoccupation vive, elle s'exagère soit sur toute la surface du corps, soit dans certaines régions déterminées. Les réveils en sursaut produits par les cauchemars s'accompagnent en général d'une sueur froide généralisée.

On verra dans plusieurs observations que, pendant l'examen médical, la face des malades ruisselait de sueur, mais les régions où ce phénomène est le plus fréquent et le plus frappant sont précisément celles où les altérations de la sensibilité sont à leur maximum. Con-

stamment, quand on découvre les malades après leur avoir posé quelques questions, on trouve les pieds soit humides, soit ruisselants de grosses gouttes de sueur froide.

C'est là, du reste, un signe commun à l'absinthisme et à l'alcoolisme ordinaire ; il peut aussi bien se produire quand il y a analgésie que quand il y a hyperalgésie des extrémités.

Les *troubles trophiques* proprement dits de la peau et de ses annexes, que M. Lancereaux (1) a étudiés dans l'alcoolisme, sont rarement mentionnés chez nos absinthiques. La femme de l'obs. XVI présenta, les dernières semaines de sa vie, de l'œdème de ses pieds paralysés, mais il est possible que la phthisie à laquelle elle succomba fut la cause de cet œdème cachectique.

Le malade de l'obs. II, était couvert d'un prurigo généralisé qui ne paraissait pas de nature parasitaire ; enfin, signalons la dermatose chronique des mains analogue à l'érythème pellagreux observé dans notre huitième fait.

On voit que toutes ces altérations de la peau se bornent à bien peu de chose et qu'étant données leur rareté et leurs formes diverses, il serait évidemment téméraire de les rattacher d'une façon absolue à l'absinthisme.

Si par contre il survient une affection intercurrente ou une cause quelconque obligeant le malade à garder le lit, l'état défectueux de la nutrition cutanée se manifeste par la production rapide d'*eschares* étendues. C'est ce

(1) Lancereaux. Union médicale, 1880.

que l'on peut voir dans les obs. VII et XII et dans un fait rapporté incidemment plus loin. Il s'est produit évidemment dans ces trois cas, une gangrène d'origine nerveuse, analogue au decubitus acutus des hémiplégiques. Il est regrettable que l'examen microscopique des nerfs cutanés n'ait pas été pratiqué, il aurait sans doute révélé des lésions analogues à celles qu'ont décrites nos amis Déjerine et Leloir (1), dans certaines gangrènes à marche rapide.

Troubles de la motilité.

a) Tremblement. — Le tremblement des absinthiques est un symptôme fréquent existant à un plus ou moins haut degré dans presque tous les faits. Cliniquement il est absolument analogue au tremblement alcoolique ordinaire; il est caractérisé par de petites oscillations rapides et à peu près régulières, plus amples quand on fait étendre le bras et écarter les doigts du malade; il est plus intense le matin que pendant le reste de la journée; il cesse absolument pendant le sommeil. Dans la grande majorité des cas il n'augmente que d'une façon insensible dans les mouvements coordonnés et il faut qu'il acquière une intensité exceptionnelle pour devenir une gêne dans l'exercice des professions manuelles ordinaires.

(1) Archives de physiologie, décembre 1881.

Cependant le caractère rhythmique et l'amplitude de la trémulation sont quelquefois plus accentués chez les absinthiques. Citons en particulier l'obs. III, où il pouvait faire penser à première vue à la sclérose en plaques.

Dans l'obs. II, le malade en était arrivé à ne plus pouvoir écrire assez bien pour son métier d'employé de commerce.

Outre le tremblement des extrémités, il est d'autres muscles qui présentent une trémulation spéciale à l'occasion de leur fonctionnement, nous voulons parler des muscles de la face et plus spécialement des lèvres pendant l'élocution ; comme chez l'alcoolique d'ailleurs, la physionomie présente chez l'absinthique un aspect tout spécial quand on le fait parler. Les lèvres, surtout la supérieure, sont agitées de contractions irrégulières, le sillon naso-labial s'agite et s'accentue. C'est là, un phénomène qu'il est plus facile de reconnaître une fois que l'attention s'y est portée que de décrire.

Cet aspect légèrement grimaçant, ce tremblement convulsif tranchent d'une façon toute particulière sur l'aspect habituellement impassible et triste de la physionomie de l'absinthique quand il ne parle pas.

b) Crampes. Soubresauts nocturnes. — Si le sommeil fait cesser le tremblement, c'est au contraire dans cet état que se produisent les crampes et les soubresauts nocturnes qui sont, avons-nous dit, une des causes fréquentes du réveil en sursaut.

Les alcooliques sont aussi sujets aux crampes, mais

dans l'absinthisme cet accident présente une fréquence et une précocité toute particulière.

Presque tous nos malades se plaignaient d'être souvent réveillés par des crampes occupant soit le mollet, soit les muscles de la région antérieure des jambes; quelques-uns étaient obligés de se lever chaque nuit, parfois plusieurs fois pour faire cesser par la marche ce spasme tonique souvent très douloureux. (Voir en particulier, obs. IX.)

Les soubresauts nocturnes alternent en général avec les crampes; ils se produisent le plus souvent pendant le sommeil, quelquefois dans cette période intermédiaire qui n'est pas encore le sommeil et qui n'est déjà plus la veille; nous avons signalé en passant leurs rapports avec les rêves de chute.

Convulsions généralisées. — Les accès convulsifs sont le symptôme le plus frappant de l'absinthisme aigu. Dans cet empoisonnement rapide, elles ont été décrites d'abord expérimentalement par M. Magnan (1), puis d'après un certain nombre de faits cliniques par le Dr Challand (2); les deux auteurs ont insisté sur l'analogie extrême que présenterait l'absinthisme convulsif avec le grand mal épileptique.

Dans sa communication à l'Académie de médecine, M. Lancereaux (3) a au contraire signalé de nombreux

(1) Magnan. Loc. cit.

(2) Challand. Loc. cit.

(3) Lancereaux. De l'absinthisme aigu. Communication à l'Académie de médecine, séance du 7 septembre 1880.

points de rapprochement entre les convulsions de l'absinthisme et celles de l'hystérie. Il a montré que la phase tonique s'accompagne d'une raideur généralisée très courte, qu'elle est suivie d'une phase clonique avec mouvements beaucoup plus amples et désordonnés que dans l'attaque comitiale, que souvent le malade porte ses mains à sa gorge et à sa poitrine comme les hystériques. Voici du reste comment il conclut :

« Il faut reconnaître que les phénomènes observés chez l'homme à la suite d'un excès d'absinthe sont manifestement distincts de ceux qui caractérisent l'attaque épileptique. Non seulement l'aura et le cri font défaut au début des accès convulsifs produits par l'absinthe, mais les convulsions sont beaucoup moins régulières, et de plus, il n'y a jamais à la fin de l'attaque la période asphyxique et comateuse de l'épilepsie. Par contre, ces accidents ont la plus parfaite ressemblance avec les phénomènes convulsifs de l'hystérie, car, comme ces derniers, ils commencent par de la contracture et finissent par des convulsions cloniques, s'accompagnant de sensation de constriction épigastrique et de désordres de la sensibilité. »

Tels sont les phénomènes convulsifs observés dans l'état aigu de l'intoxication absinthique; cet état aigu peut se produire et se produit le plus souvent dans le cours de l'empoisonnement chronique; c'est pour cela que nous avons tenu à en relater ici la description d'après notre maître. C'est presque toujours un abus excessif, extraordinaire d'absinthe, qui produit une succession d'accès convulsifs constituant une attaque d'absinthisme aigu. Il est possible que d'autres influences

extérieures, comme une émotion vive, le début d'une affection fébrile intercurrente puissent agir de même sur des sujets profondément intoxiqués. Le développement de lésions cérébrales et, en particulier, d'une pachyméningite avec ou sans hématomes, peut encore donner lieu dans le cours de l'intoxication absinthique à des accidents convulsifs, qui sont alors nettement épileptiformes.

En dehors de ces circonstances exceptionnelles nous ne croyons pas que les convulsions généralisées doivent être rangées parmi les symptômes de l'absinthisme chronique. Nous n'avons trouvé aucune mention d'accidents de ce genre dans les nombreux faits que nous avons compulsés pour ce travail sans pouvoir les publier. Dans les observations rapportées ci-après, deux malades nous ont dit avoir eu des convulsions. Dans le premier cas, il s'agit d'un étudiant en médecine qui n'en aurait jamais eu qu'à la suite d'un excès plus fort qu'à l'ordinaire et chez lequel rien de semblable ne s'est produit à l'hôpital (obs. X). Le second fait est celui du pharmacien qui buvait du vulnéraire (obs. XVII), mais le père de cet homme avait eu, à son dire, des accidents semblables et les quelques accès nocturnes qu'il a eus dans le service étaient de véritables absences, des attaques de petit mal. Il est donc infiniment probable qu'ils doivent être rapportés chez lui à l'épilepsie vraie.

d) Vertiges, étourdissements. — Plusieurs de nos malades se plaignaient d'accidents de cette nature. Chez deux d'entre eux particulièrement (obs. XIV et XV), ils étaient si

fréquents et si intenses qu'ils donnaient lieu parfois à des chutes et gênaient singulièrement la marche. Or ces deux malades sont précisément ceux qui offraient les troubles les plus marqués de la vision et en particulier la sensation constante d'un brouillard devant les yeux. Il est donc probable qu'il s'agissait dans ces deux cas, et peut-êtredans quelques autres, de vertiges optiques.

D'autres fois, ces symptômes, se produisant presque uniquement le matin à jeun, nous ont paru présenter les caractères du vertige stomacal. Dans ce cas, ils trouvent une explication facile dans les troubles gastriques qui seront décrits plus bas.

e) Phénomènes de parésie et d'incoordination motrice. — Outre les symptômes précédents, on constate parfois dans l'absinthisme des signes d'affaiblissement musculaire pouvant aller jusqu'à la paralysie.

M. Lancereaux (1) a décrit récemment la paralysie alcoolique, qu'il a rapprochée des autres variétés de paralysie toxique.

Or, une grande partie des malades dont il a rapporté l'histoire dans cette leçon étaient plutôt des absinthiques que des alcooliques. On trouvera en particulier à la fin de ce travail l'histoire d'une femme qui a toujours, il est vrai, nié boire de l'absinthe; mais chez elle les signes du côté de la sensibilité en particulier étaient si nets que le doute me paraît impossible, à moins d'ad-

(1) Lancereaux. De la paralysie alcoolique. Leçon publiée in Gazette hebdomadaire, 1881.

mettre que le vulnéraire puisse produire des accidents absolument semblables à ceux de l'absinthe. Notre dixième observation est encore un bel exemple de paralysie généralisée chez un absinthique pur.

Dans ce cas, le long séjour du malade à l'hôpital a permis de suivre complètement l'évolution des accidents, d'abord dans leur période progressive, puis dans une seconde phase aboutissant à une guérison presque complète.

On trouvera encore dans quelques-uns de nos faits, et en particulier dans l'observation IX, des exemples du premier degré de cette paralysie toxique qui se borne alors à un simple affaiblissement des membres et particulièrement des membres inférieurs.

Nous pouvons en effet répéter à propos de la localisation des accidents paralytiques ce que nous disions à propos de l'hyperalgésie et des accidents périphériques. Débutant par les extrémités, la faiblesse musculaire gagne progressivement la racine des membres; elle est toujours beaucoup plus accusée aux muscles inférieurs qu'aux bras, et conserve le caractère de symétrie parfaite déjà souvent signalé.

Les muscles de la région antérieure de la jambe sont généralement plus profondément atteints que ceux du mollet; les malades ont donc au repos le pied plus ou moins fortement équin; les orteils sont généralement plus ou moins fléchis sur la plante du pied. Chez notre malade de l'observation X, cette attitude donna même lieu à une fausse ankylose de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et à une attitude vicieuse permanente de ce doigt.

Dans ce fait, la contractilité faradique des muscles atteints paraissait complètement abolie et le retour de cette propriété a coïncidé avec la réapparition de la fonction.

La marche progressive des accidents peut être assez rapide, puisque six semaines après les premiers signes d'affaiblissement des jambes, notre malade était absolument incapable de se tenir debout. D'autres fois, ces accidents peuvent rester assez longtemps au même point, ne pas dépasser la période parétique, comme le montre l'observtion IX. La fréquence relative de cet accident chez la femme sur laquelle a insisté M. Lancereaux est incontestable, mais ne trouve actuellement encore aucune explication.

Habituellement la parésie ne s'accompagne d'aucun trouble de la coordination motrice. Il n'en était pas ainsi dans l'observation X. La démarche du malade dans les premiers temps de son séjour, sans être absolument analogue à celle d'un ataxique, était particulière : il déplaçait ses membres inférieurs en masse et frappait un peu le sol du talon. De plus, il lui était devenu impossible d'exécuter avec la main certains mouvements précis, il ne pouvait plus écrire et il était obligé de regarder constamment sa main pour ne pas laisser tomber son verre ou sa cuiller.

Il est probable que l'anesthésie tactile qu'il présentait était la cause principale, sinon unique de ces phénomènes d'incoordination.

Arrivé à la fin de cette longue énumération des symptômes de l'absinthisme chronique qui sont sous la dé-

pendance directe du système nerveux, il nous semble difficile d'en résumer en quelques mots le caractère. Leur variabilité, leur multiplicité, le remplacement d'un symptôme par son contraire ne trouvent d'analogues que dans les névroses et en particulier dans l'hystérie. L'expression symptomatique revêt parfois dans les deux affections une physionomie semblable et nous aurons à revenir sur leur diagnostic différentiel chez la femme.

Symptômes gastriques.

Comme les alcooliques, les absinthiques ont de bonne heure des troubles digestifs caractérisés par une sensation nauséeuse suivant immédiatement le réveil, ou plus exactement le moment où le malade met les pieds par terre. A un dégré plus avancé ces nausées s'accompagnent de l'expulsion pénible d'un liquide, tantôt glaireux, tantôt aqueux, tantôt incolore, tantôt verdâtre. Cette *pituite* a généralement une saveur très amère; mais il est rare que dans l'absinthisme ces phénomènes acquièrent l'importance qu'ils ont dans l'alcoolisme ordinaire.

Tout se borne en général à la pituite ; le pyrosis, les douleurs gastriques , les vomissements alimentaires sont exceptionnels chez nos malades ; il ne paraissent survenir que chez ceux qui font abus d'autres liqueurs en même temps que l'absinthe ou à l'occasion d'un état gastrique. Cette immunité relative tient probable-

blement à deux causes : d'une part, les absinthiques absorbent une quantité de liquide beaucoup moindre que ceux qui prennent des liqueurs et surtout du vin. D'autre part, ils boivent immédiatement avant le repas, au lieu de le faire le matin en se levant comme la plupart des alcooliques.

C'est probablement aux mêmes causes, et en particulier au mélange dans l'estomac du liquide toxique avec les substances alimentaires qu'il faut rapporter le fait suivant. La cirrhose hépatique n'existe pas chez les absinthiques. Du moins dans aucun des faits que nous avons conpulsés nous n'avons trouvé mention de l'existence des symptômes ou des lésions de cette affection si commnne chez les buveurs.

Symptômes pulmonaires et cardio-vasculaires.

La respiration et la circulation restent normales dans le cours de l'intoxication par l'absinthe en dehors des complications que nous aurons à signaler plus loin et en particulier de la phthisie pulmonaire. Cependant quielques malades se plaignent d'avoir le souffle court et d'être sujet à des palpitations.

On trouve à l'autopsie la raison d'être de ces symptômes dans la surcharge adipeuse constante du cœur et dans l'existence d'un dégré souvent assez marqué d'emphysème pulmonaire.

Symptômes génitaux.

Chez l'homme l'abus de l'absinthe amène très rapidement une diminution considérable des désirs et de la puissance génitale, presque tous nos malades en sont une preuve; quelques-uns en étaient arrivés à une impuissance absolue (en particulier voir obs. I).

Cette anaphrodisie est infiniment plus rapide et plus complète que celle que l'on observe à la longue chez les autres buveurs. Il y a évidemment là une propriété particulière à l'absinthe.

Cette période de dépression génitale est-elle précédée d'une période d'excitation? C'est là un préjugé populaire à Paris où l'absinthe prise en dehors des habitudes est considérée comme un aphrodisiaque; chez un de nos malades (obs. III), une activité génésique très intense avait coincidé avec l'époque du début des habitudes absinthiques.

Chez la femme, même à l'hôpital, il est plus que délicat de rechercher l'état du sens génital; ce n'est guère que par ses manifestations physiologiques que l'on peut juger chez elle de la vie sexuelle.

Chez presque toutes nos malades la menstruation était régulière et indolore, mais extrêmement peu abondante. L'une d'entre elles ne perdait qu'une demi-journée chaque mois.

(1) Lancereaux. Communication à l'Académie de médecine, séance du 27 octobre 1880.

L'alcoolisme, a-t-on dit, avance l'époque de la ménopause. Nos faits sont trop peu nombreux à cet égard pour conclure d'une façon absolue qu'il en est de même pour l'absinthisme. Notons cependant que deux malades avaient cessé de voir l'une un peu avant, l'autre presque aussitôt après quarante ans.

L'absinthisme peut-il jusqu'à un certain point être un obstacle à la conception ? Le fait est possible ; cependant presque toutes nos malades avaient eu des grossesses.

Par contre, une fois la grossesse commencée les habitudes absinthiques nous paraissent une cause fréquente d'avortements. On trouvera plus loin deux faits (obs. IV et IX) où des fausses couches répétées et de plus en plus précoces ont coïncidé avec les progrès de l'intoxication chez des femmes qui avaient auparavant mené des grossesses à terme.

Enfin un grand nombre d'enfants de femmes absinthiques meurent dans les premiers jours ou les premiers mois de leur existence (obs. II, obs. IX, obs. XV).

Quant au rôle de l'absinthisme des parents sur la constitution et les prédispositions morbides des enfants, c'est là une question qui a été étudiée par M. Lancereaux sous le nom d'absinthisme héréditaire, mais qui sort des limites assignées à ce travail.

MARCHE. TERMINAISONS. PRONOSTIC.

De la description symptomatique que nous venons de faire, comme de la lecture des faits rapportés à la fin de ce travail, il ressort que rien n'est plus variable que la marche de l'absinthisme chronique. Ces différences individuelles portant sur la nature, sur l'ordre d'apparition des symptômes, sur la prépondérance ou l'existence exclusive de telle ou telle manifestation, sont du reste un trait commun à toutes les intoxications. On constate de même une grande diversité d'accidents d'un malade à l'autre, dans l'endémie palustre, dans le saturnisme, dans la syphilis même si l'on veut. Il est évident que la raison de cette variabilité symptomatique nous échappe à l'heure actuelle, aussi bien pour ce qui est de l'absinthisme que pour ce qui concerne les maladies avec lesquelles nous venons de le comparer à ce point de vue.

Le temps au bout duquel les excès d'absinthe arrivent à déterminer des accidents d'intoxication chronique varie lui-même dans des proportions très étendues d'un cas à l'autre. Si, partant du fait posé antérieurement que c'est presque toujours de 20 à 25 ans que nos malades se sont mis à boire, l'on recherche à quel âge leur intempérance les a amenés à l'hôpital, on les trouve irrégulièrement répartis de 30 à 55 ans; aucun groupe d'années ne présente de prépondérance spéciale. Dans quelques cas, les accidents sont relativement précoces. C'est deux, trois, quatre ans après le début

de leurs habitudes que les malades ont été observés; d'autres fois, au contraire, ce n'est qu'au bout de 20 ans et plus que les accidents sont devenus suffisants pour que les malades vinssent se faire soigner. Le début plus ou moins rapide des phénomènes morbides dépend évidemment de causes multiples et en particulier de la quantité et de la qualité de la liqueur ingérée; mais, comme pour la tolérance des médicaments, l'idiosyncrasie, les dispositions individuelles doivent aussi jouer ici un rôle important. Les femmes, les sujets primitivement nerveux doivent, étant donnée la nature des accidents auxquels donne lieu l'absinthisme, être tout particulièrement prédisposés à en subir les effets.

L'ordre d'apparition des symptômes de l'absinthisme n'offre également rien de constant. Cependant d'une façon générale ce sont, comme dans l'alcoolisme vulgaire, les pituites matutinales et les rêves effrayants qui éveillent les premiers l'attention du malade. De très bonne heure également surviennent les crampes, les soubresauts nocturnes des membres. Les sensations douloureuses périphériques sont déjà un signe d'intoxication plus profonde.

Le tremblement n'arrive souvent qu'assez tardivement à gêner le malade, à moins que celui-ci n'exerce un métier exigeant des mouvements très précis.

C'est à une période plus avancée encore qu'appartiennent les hallucinations, l'obtusion des sens, les modifications profondes du caractère. Par contre, l'affaiblissement très prononcé, l'abolition même des fonctions génitales constitue un symptôme des plus précoces. Mais, répétons-le encore, rien n'est plus variable que

l'ordre de succession des accidents et les exceptions aux règles qui précèdent, sont très nombreuses.

Un fait intéressant mais dont l'explication nous échappe, c'est la fréquence relative chez la femme des accidents de parésie des membres. Trois faits de ce genre sont rapportés plus loin (obs. VII, IX, XVI). M. Lancereaux en a publié plusieurs autres (1).

Une fois l'absinthisme constitué, l'évolution des accidents continue et, que le malade continue ou cesse ses habitudes, il n'en reste pas moins un absinthique, presque fatalement condamné à subir les symptômes douloureux, l'état de déchéance intellectuelle et morale décrits plus haut et à finir comme nous allons voir.

La cessation des habitudes absinthiques est rarement spontanée et volontaire. Elle résulte quelquefois du changement de genre de vie, par exemple pour les soldats revenant d'Afrique. Un seul malade nous a dit avoir renoncé à l'absinthe « par raison » et encore cette assertion paraît-elle suspecte. Le plus souvent c'est parce que le malade se dégoûte de l'absinthe qu'il cesse d'en boire; le cas se présente assez fréquemment. On en trouvera trois exemples dans les faits rapportés ci-après (observations V, VI, VII). C'est en général après être resté quelque temps privés de leur liquide favori que les malades voulant se remettre à en boire lui trouvent un goût désagréable. Le dégoût est alors aussi prononcé que l'abus avait été excessif et prolongé. Un de nos malades (observ. VI) ayant voulu se remettre à boire de l'absinthe la vomit presque aussitôt. Un autre

(1) Lancereaux. Des paralysies toniques. Gaz. hebd., 1881.

racontait à M. Lanccreaux qu'il évitait le soir vers six heures de passer devant les cafés sur le boulevard pour ne pas sentir l'odeur de l'absinthe.

Ce dégoût paraît au premier abord absolument spécial à l'absinthisme; les alcooliques ordinaires continuent en effet à boire toute leur vie, cependant quand on interroge avec soin un vieil ivrogne dont les réponses sont sincères, il vous raconte dans la plupart des cas que ce n'est pas toujours la même boisson qui a été l'objet de sa prédilection. La différence est donc plus apparente que réelle. Du reste les malades qui en arrivent au dégoût de l'absinthe ne cessent pas pour cela de boire. Le malade de l'observation V en particulier avait remplacé l'absinthe par trois ou quatre litres de vin et quelques « vulnéraires ». Le dégoût ne paraît, survenir d'ailleurs qu'après des excès longtemps prolongés et chez des individus profondément intoxiqués.

La cessation brusque et indépendante de la volonté du malade des habitudes absinthiques a-t-elle des inconvénients? C'est là un point sur lequel nos faits ne nous donnent guère de renseignements. Cependant c'est après être resté quelques jours chez lui sans boire à cause d'un rhume que le malade de l'observation X a vu apparaître les phénomènes de paralysie pour lesquels il est entré à la Pitié; ces accidents ont continué à progresser pendant les premiers jours de son séjour à l'hôpital. C'est également à l'hôpital que s'est developpée la paralysie de la malade de l'observation XVI.

Quelle est l'influence de l'abus prolongé de l'absinthe sur la nutrition générale du sujet? Quelques malades

deviennent gras, obèses. On en trouvera des exemples dans notre première et notre septième observation.

Cependant la surcharge adipeuse sous-cutanée paraît ici beaucoup plus exceptionnelle que dans l'alcoolisme ordinaire. Presque tous nos malades, sans parler bien entendu de ceux qui étaient tuberculeux, sont donnés comme maigres. La diminution de l'appétit, pouvant aller jusqu'au dégoût pour les aliments, est notée dans presque tous les cas; la maigreur des absinthiques se trouve donc tout naturellement expliquée. Il nous paraît de plus évident que cette insuffisance de l'alimentation, cette nutrition incomplète est la cause principale, sinon unique de la tuberculose pulmonaire qui est presque constamment la cause immédiate de la mort chez les buveurs d'absinthe.

Il semble que les modifications atmosphériques, les changements de temps doivent agir sur le système nerveux surexcité des absinthiques et produire une exacerbation des symptômes et en particulier des phénomènes douloureux. Cependant nos observations sont muettes à cet égard, ce qui tient probablement au peu de soin avec lequel s'observent les malades d'hôpital. Seul notre buveur de vulnéraire (observ. XVII) avait remarqué que ses sensations de fourmillement, de picotement aux extrémités redoublaient quand le temps changeait.

L'influence des impressions morales, des émotions pour exagérer considérablement, quelquefois même pour faire apparaître les accidents, est au contraire nettement établie. Nous avons déjà insisté sur l'excitation que produit l'examen médical ; une douleur vive, une

impression profonde peuvent agir de même. Le cas d'un jeune homme observé par M. Lancereaux est un exemple frappant de cette action des circonstances morales. Cet individu, ne paraissant encore que légèrement intoxiqué, fut mis en état d'arrestation sous l'inculpation erronée d'ailleurs d'avoir pris part à une rixe; immédiatement, il fut pris d'un tremblement rhythmique très intense qui lui rendit tout travail impossible. Ce tremblement ne céda qu'après plus d'une semaine de séjour à l'hôpital.

Les affections aiguës intercurrentes, sont constamment une cause d'exacerbation des symptômes de l'absinthisme. Il faut ranger ici en première ligne, à cause de sa fréquence extrême, l'embarras gastrique, l'état saburral. C'est là un fait très important à connaître, d'une part parce que c'est souvent à l'occasion d'un catarrhe gastro-intestinal qu'éclatent les premiers signes de l'intoxication, d'autre part parce que l'empoisonnement alcoolique ou absinthique antérieur n'est pas sans donner une physionomie particulière à l'embarras gastrique lui-même. Parmi les phénomènes subjectifs ce sont les cauchemars et les douleurs de diverses natures qui redoublent d'intensité; objectivement on constate sous l'influence de l'état saburral une augmentation quelquefois excessive de l'hyperalgésie qui disparaît quand les fonctions digestives se rétablissent. Comme symptôme surajouté on observe souvent alors des points névralgiques. La névralgie intercostale en particulier est très fréquente en pareil cas. Il va sans dire que le plus souvent c'est un excès venant s'ajouter aux habitudes d'intempérance qui est la cause de l'état gastrique

lui-même. La première indication dans ces circonstances est évidemment d'agir sur l'estomac. L'ipéca est alors le meilleur sédatif des accidents nerveux. Les observations III et IV rapportent des faits de ce genre, il nous aurait été facile d'en donner d'autres exemples.

L'étudiant en médecine dont l'histoire est rapportée dans notre observation XI était entré dans le service pour une pneumonie franche. Pendant la fièvre pneumonique, son intoxication ne se manifesta que par un certain degré d'agitation. Ce n'est qu'au lendemain de la défervescence qu'il fut pris de délire. C'est pendant la convalescence que nous constatâmes les phénomènes d'hyperalgésie qu'il présentait. Cette hyperalgésie diminua notablement au bout de quelques jours et fut suivie d'une période de dépression très marquée des forces qui fut elle-même de peu de durée. La pneumonie a donc donné lieu dans ce cas à un épisode aigu dans le cours des accidents toxiques, qui, du reste, étaient à leur début chez ce malade.

Réciproquement, quel est le rôle de l'absinthisme par rapport aux affections intercurrentes? Quelles sont les modifications qu'il apporte à leur évolution et à leur pronostic? Il semble, à première vue, naturel que les troubles profonds de l'innervation et de la nutrition générale produits par les abus d'absinthe doivent être des conditions déplorables pour subir une maladie grave. C'est ce qui a eu lieu, en effet, dans un cas que nous avons sous les yeux, mais on ne peut établir une règle sur un seul fait. Celui-ci mérite cependant d'être résumé ici. Il s'agit du malade de l'observation XII.

Cet homme, entré pour des phénomènes toxiques très marqués et un début de tuberculisation pulmonaire, fut pris de fièvre typhoïde quinze jours après son entrée à l'hôpital. Dès le troisième jour de cette fièvre, la température atteignit 40° pour ne plus redescendre au-dessous de ce chiffre, en même temps il était pris d'un délire violent ; cette agitation fit place, le cinquième jour, à une adynamie progressive qui en arriva bientôt au véritable coma. Le neuvième jour on constata, en retournant le malade, l'existence d'une large plaque de mortification au sacrum, enfin il mourut au douzième jour, et l'autopsie ne nous révéla que des lesions très peu avancées et très discrètes des plaques de Peyer. Il nous semble démontré que dans ce fait, l'état de dépressibilité nerveuse et de nutrition mauvaise créé par l'absinthisme, a puissamment agi pour modifier l'affection typhique et amener une mort exceptionnellement rapide.

Comme chez les alcooliques, plus encore peut-être, les traumatismes sont graves chez les absinthiques. L'état de leur système nerveux doit les prédisposer au shok traumatique ; la déchéance générale de leur organisme diminue leur énergie de réaction contre les accidents septiques. Nous avons observé un fait de cette nature. Il s'agit d'un homme qui fut apporté à la Pitié, en plein délire alcoolique avec une hémiplégie droite incomplète. La veille au soir, il avait fait une chute dans son escalier, et c'était la région temporo-pariétale gauche qui avait porté ; sa femme qui l'accompagnait raconta que, depuis longtemps, il buvait beaucoup et surtout de l'absinthe. Le surlendemain de son entrée, il fut pris de convulsions épileptiformes généralisées, mais avec

mouvements beaucoup plus étendus du côté paralysé. Après s'être reproduits plusieurs fois, souvent d'une façon presque subintrante, ces accès convulsifs cessèrent ; le malade recouvra sa connaissance au point de pouvoir répondre à quelques questions ; l'hémiplégie elle-même disparut presque complètement, mais il se forma des eschares qui s'agrandirent rapidement, au sacrum, aux trochanters, aux malléoles, et le malade mourut de septicémie lente. A l'autopsie, on trouva sur la face externe de la dure-mère dans le point répondant à la partie supérieure des circonvolutions ascendantes gauches une néomembrane creuse en plaque de l'étendue d'une pièce de cinq francs, qui s'était probablement développée autour d'un foyer sanguin résultant de la rupture d'une branche de l'artère méningée moyenne.

L'aggravation des maladies aiguës et des traumatismes constitue donc, pour les absinthiques, une première cause de mort ; mais la plupart d'entre eux sont enlevés par une conséquence plus directe, je dirais presque fatale, de leurs habitudes : la phthisie pulmonaire.

Sur 12 faits avec autopsie, 11 fois il existait des tubercules pulmonaires, 9 fois la phthisie était la cause de la mort. Ces chiffres se passent de commentaires. Ajoutons que plusieurs malades qui n'ont pas été suivis jusqu'à leur mort, présentaient des signes évidents de tuberculose.

Au point de vue de ses symptômes et de son évolution il ne paraît pas y avoir de différence entre la tuberculose qui survient chez les absinthiques et celle qui est la

conséquence fréquente de l'alcoolisme vulgaire. L'amaigrissement est, en général, très rapide. L'état général est, dès le début, profondément affecté. Les hémoptysies sont rares. La lésion toujours double est cependant plus étendue et plus avancée dans un poumon que dans l'autre. Rien ne peut enrayer le processus qui ne présente jamais de rémission et la mort survient en un an en moyenne, rarement plus de dix-huit mois. La terminaison peut cependant arriver encore plus vite : Le malade de notre observation VI a succombé trois mois après le début des accidents pulmonaires. Nous reviendrons, à propos de l'anatomie pathologique, sur la nature et la distribution des lésions dans la phthisie des absinthiques.

L'observation VIII est celle de la seule malade qui est morte sans présenter de tubercules. Cette femme a succombé dans un état de démence et de marasme parfaitement analogue à la phase terminale de la pellagre. C'est un fait de plus à ajouter en faveur de la multiplicité des causes de cette affection singulière.

Anatomiquement on a trouvé chez cette femme et chez celle de l'observation IV une pachyméningite analogue à celle que l'on a décrite depuis longtemps chez les alcooliques.

Le pronostic de l'absinthisme chronique résulte de ce qui précède. Il est évident que cette intoxication abrège d'un grand nombre d'années la moyenne de la vie.

Il est bien rare que les malades survivent plus de dix ans après les premiers signes de l'empoisonnement. Sur un chiffre total de plus de 60 malades, 2 seulement dépassaient 60 ans et tous deux ne s'étaient mis qu'après 30 ans à boire de l'absinthe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous aurons à décrire dans ce chapitre d'une part les lésions de la tuberculose consécutive à l'absinthisme, d'autre part celles qui sont produites par l'intoxication elle-même.

A ces deux points de vue, il n'y a pas de différences à établir entre l'absinthisme et l'alcoolisme ordinaire.

Les lésions tuberculeuses observées dans les poumons des absinthiques sont caractérisées par une phthisie ulcéreuse granuleuse. Au sommet on trouve des excavations plus ou moins étendues entourées de tissu infiltré de granulations confluentes. La lésion est en général beaucoup plus avancée d'un côté que de l'autre.

Dans les parties inférieures, les granulations beaucoup moins rapprochées sont en général disposées en séries linéaires le long des vaisseaux. La muqueuse des bronches et le voisinage des ramifications bronchiques sont en général indemnes. Ce mode de distribution des lésions est bien en rapport avec sa cause. Le tissu pulmonaire semble donc bien atteint par un défaut de nutrition générale et non pas, comme dans certaines autres formes de phthisie, par des altérations en rapport avec son fonctionnement.

La généralisation de la tuberculose est exceptionnelle; cependant dans deux cas les ganglions mésentériques étaient malades et dans une de nos observations (obs. VI) un rein et les voies séminales présentaient des tubercules.

Quant aux altérations déterminées par l'absinthisme lui-même, on peut, comme pour l'alcoolisme, les caractériser d'un mot en disant que ce sont des lésions de vieillesse anticipée de tous les organes.

L'encéphale des absinthiques est petit, léger. Les circonvolutions sont peu volumineuses, maigres, quelquefois quelques-unes d'entre elles paraissent le siège d'une atrophie plus marquée que leurs voisines. La substance cérébrale est en général très ferme entourée d'une quantité relativement abondante de liquide céphalo-rachidien.

La *pie-mère* présente par place et surtout à la convexité des hémisphères des plaques opalines; les granulations de Pacchioni sont abondantes.

L'arachnoïde, saine dans la plupart des cas, peut devenir le siège d'une inflammation néomembraneuse avec ou sans hématomes. Cette pachyméningite donne lieu alors à des symptômes spéciaux (obs. VII et VIII).

Le *cervelet* et la *moelle* n'ont jamais présenté d'altérarations appréciables.

Les *poumons*, outre les lésions tuberculeuses décrites ci-dessus, présentent souvent de l'emphysème à un degré assez marqué.

Le *cœur* a toujours été trouvé surchargé de graisse, surtout à la face antérieure.

Le *système artériel* dans toutes nos autopsies était relativement intact; aucun de nos absinthiques n'était athéromateux. Les seules lésions observées étaient quelques taches graisseuses à l'origine de l'aorte. Les artères cérébrales en particulier étaient absolument saines. C'est là une confirmation des idées de M. Lancereaux qui ad-

met que l'athérome artériel n'est pas produit par l'alcoolisme.

Les lésions de *l'estomac* étaient en général peu considérables : une coloration ardoisée de la muqueuse, quelques plaques de vascularisation, voilà tout ce que nous avons trouvé.

Le *foie* ne présentait dans aucune de nos autopsies de lésions cirrhotiques; par contre ce viscère a presque toujours été trouvé atteint de dégénérescence graisseuse. Cette stéatose pouvait du reste reconnaître deux causes : l'absinthisme lui-même et la tuberculeuse pulmonaire.

Les *reins* étaient aussi souvent gras; nous n'avons jamais trouvé de néphrite interstitielle.

Le *système osseux* était, même chez le sujets jeunes, remarquable par sa fragilité : les côtes se coupaient au couteau, le crâne, où le diploé avait presque entièrement disparu, se cassait avec la plus grande facilité.

Quant aux lésions qui occasionnent la paralysie des membres. nous n'avons eu l'occasion de les observer que dans un cas (obs. VIII). Dans ce fait il existait des lésions périphériques contrastant avec l'intégrité des racines rachidiennes. Cette localisation des lésions est bien en rapport avec le début périphérique et la marche ascendante des accidents. Malheureusement la moelle n'a pas pu être examinée au microscope.

Comme on peut le voir, ces altérations sont les mêmes que celles que les auteurs et M. Lancereaux en particulier ont décrites dans l'alcoolisme. L'absinthisme n'a donc pas, actuellement, de caractéristique anatomique.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic absolument certain de l'absinthisme chronique ne peut évidemment reposer que sur les aveux du malade ou la connaissance de ses habitudes. Cependant en l'absence de ces renseignements on peut arriver à une conviction presque parfaite. Dans toutes nos dernières observations (obs. XIII, XIV, XV. XVI) cet élément de certitude manquait, mais, en présence de l'analogie complète avec les symptômes observés dans les faits précédents, l'évidence du diagnostic était absolue.

L'aveu lui-même quand le malade y répugne ne doit être obtenu que peu à peu et avec douceur; on ne saurait trop ménager, répétons-le encore l'excitabilité cérébrale de ces malades.

A propos de chaque symptôme nous avons comparé l'absinthisme avec l'alcoolisme ordinaire; il est donc inutile de les mettre ici de nouveau longuement en parallèle. Les douleurs périphériques et surtout l'hyperalgésie avec ses caractères constants de distribution et de siège, sont évidemment les deux symptômes qui permettront le mieux de reconnaître un absinthique. Ajoutons-y les troubles psychiques, les hallucinations, les troubles génitaux. En dehors de là, il n'y a guère que des différences de dégré entre les symptômes observés chez un buveur d'eau-de-vie, et un buveur d'absinthe.

L'analgésie des extrémités, l'existence des symptômes de cirrhose hérerothique montpant que s'il y a eu excès d'absinthe, il y a eu en même temps et surtout excès d'autres boissons alcooliques.

Certaines liqueurs, en particulier le vulnéraire, le bitter, paraissent jouir de propriétés toxiques qui en font un groupe intermédiaire entre l'absinthe et les autres alcooliques; malheureusement l'abus isolé, exclusif de ces liqueurs est exceptionnel. Nous avons pu observer cependant un élève en pharmacie qui buvait presque exclusivement du vulnéraire (obs. XVII). On verra que chez lui les altérations psychiques, les rêves, les hallucinations étaient analogues à celles que l'on observe chez les absinthiques; mais d'autre part cet homme présentait une analgésie généralisée qui le rapprochait des buveurs ordinaires.

Anatomiquement, comme nous venons de le voir, il n'y a aucune différence actuellement appréciable entre les organes d'une absinthique et ceux d'un autre alcoolique.

Chez la femme particulièrement, il sera parfois possible de confondre les symptômes de l'absinthisme avec les manifestations de l'hystérie. Les rapports symptomatiques qui existent entre les deux affections ont été indiqués plusieurs fois ci-dessus. Rappelons les grimaces et les contorsions que cause chez les absinthiques la pression dans la région *ovarienne*, leur irritabilité et leur émotivité, l'audace de leurs négations même quand elles sont inutiles.

Certains de nos malades accusaient encore une sensation de constriction épigastrique avec gêne respi-

ratoire, sensation d'étouffement, plus ou moins analogue à la *boule* hystérique (Obs. III). En l'absence d'aveux ou de renseignements le diagnostic pourra rester quelque temps incertain. Ici encore c'est l'hyperalgésie, le caractère des rêves, des troublés gastriques qui auront la plus grande valeur diagnostique.

Chez l'homme même M. Lancereaux (leçon citée) croit que, dans la plupart des faits cités comme des exemples d'hystérie, il s'agissait d'absinthisme aigu ou chronique.

Les accidents parétiques de l'absinthisme pourront être pris parfois pour le début d'une affection médullaire; dans ce cas c'est encore l'existence de l'hyperalgésie, des sensations du picotement et des douleurs périphériques qui éclaireront le diagnostic. La symétrie, la marche ascendante, la généralisation aux quatre membres des accidents empêcheront aussi de conclure à une altération limitée de l'axe médullaire.

TRAITEMENT.

La prophylaxie de l'absinthisme ne fait pas partie du domaine médical. Il est évident cependant que les précautions préventives sont le seul procédé efficace dont puisse se servir la société pour lutter contre les progrès de cette intoxication.

Des conditions restrictives apportées à la vente de l'absinthe en Algérie, en particulier, la défense de vendre cette liqueur au-dessous d'un certain prix aux mi-

litaires, pourraient peut-être empêcher chez quelques-uns le développement de cette habitude. A Paris, c'est plutôt en répandant la connaissance des conséquences de l'absinthisme que l'on pourrait agir; mais il est bien probable que l'on ne pourra pas empêcher la fréquence de plus en plus grande de cette intoxication.

Une fois les symptômes de l'absinthisme apparus, la médecine est encore absolument impuissante pour lutter contre le fond du mal; elle ne peut que combattre ses manifestations. Celles dont le malade demande avant tout à être débarrassé ce sont les symptômes douloureux, l'insomnie, les cauchemars. Le chloral et l'opium sont alors les deux médicaments dont on retirera les meilleurs effets; mais il faut savoir les donner. Comme chez l'alcoolique, le chloral et surtout l'opium à dose insuffisante exaspèrent plutôt qu'ils ne les diminuent les accidents que l'on veut combattre.

On pourra se convaincre de ce fait à la lecture de plusieurs de nos observations. D'autre part, comme il est dangereux de débuter par les doses massives, il faudra évidemment procéder par tâtonnements, rechercher la susceptibilité de chaque malade en particulier. Cependant d'une façon générale, et comme on le sait depuis longtemps, les alcooliques supportent admirablement l'opium et l'on peut commencer chez eux le traitement par des doses élevées; 10, 15, et même 20 centigrammes d'extrait thébaïque. Le chloral pourra de même être pris d'emblée à la dose de 4 grammes et porté rapidement à 6 et 8 grammes. Ce dernier médicament a sur l'opium l'avantage de produire un sommeil plus calme, plus exempt de rêves; mais il a l'in-

convénient d'être souvent très mal toléré par l'estomac fatigué des buveurs; l'opium au contraire agit en même temps sur les troubles gastriques que sur les autres symptômes. On devra s'adresser à lui de préférence en cas de dyspepsie et surtout quand les malades présenteront un état gastrique aigu.

Quand on est arrivé à la dose suffisante soit de l'un, soit de l'autre de ces médicaments l'effet, est en général rapide et complet. Les cauchemars, les crampes, les douleurs nocturnes disparaissent et la santé générale elle-même est comme métamorphosée par le retour du sommeil.

L'hyperalgésie généralisée, les accidents parétiques sont très efficacement combattus par l'hydrothérapie, mais ici, il faut d'assez grands ménagements : employer les douches écossaises plutôt que les douches froides, modérer la force du jet et surtout la durée de la douche.

En même temps il est évidemment indiqué d'agir sur la nutrition générale par une hygiène et une alimentation aussi bonnes que possible.

Observation I. (Personnelle, déjà publiée dans la leçon de M. Lancereaux.)

Absinthisme chronique. — Hyperalgésie généralisée. — Dyspepsie. — Frigidité. — Hyperhydrose généralisée.

C... (Arthur), 36 ans, né à Milhau (Aveyron), garçon boucher, entré à la Pitié le 15 juin 1880, salle Sainte-Marthe, n° 15, sorti le 24 août.

Venu à Paris à l'âge de 10 ans, cet homme a servi sept ans aux zouaves (province d'Oran). C'est là qu'il a pris l'habitude de boire de l'absinthe. Il se cotisait avec trois de ses camarades pour en acheter un litre avant chaque repas. Revenu en France pour la guerre il fit encore pendant la campagne d'abondants excès de boisson. Depuis qu'il a quitté le service, il continue à prendre cinq ou six verres d'absinthe par jour. Assez maigre jusqu'en 1872, il a depuis lors acquis un embonpoint assez considérable.

Les autres conditions hygiéniques paraissaient bonnes.

Il n'y a que quelques mois que sa santé n'est pas parfaite. Depuis lors il se plaint d'avoir des cauchemars : il tombe dans des précipices, est mordu par des rats. Il éprouve aussi des crampes dans les cuisses et les mollets. Le matin au réveil il a des pituites ; il est tout étourdi en se levant. Il a par moments de faux besoins de manger, mais ne peut prendre que très peu de nourriture à la fois. Dès qu'il a mangé, son estomac gonfle. En même temps ses forces ont beaucoup diminué ; il s'étouffe au moindre effort et depuis trois semaines a dû renoncer à son travail. Depuis quelques mois aussi ses facultés génésiques ont beaucoup diminué.

Etat à l'entrée. — Malade d'aspect vigoureux, commençant à grisonner, embonpoint notable, poitrine d'emphysémateux.

Pendant l'examen il s'anime, son œil devient brillant, il répond aux questions brièvement comme un homme impatienté. Du reste il raconte que depuis quelque temps son caractère est devenu très irritable. Léger tremblement des lèvres pendant l'élocution.

Pas de troubles du côté de la vue ni de l'ouïe, l'odorat aurait beaucoup diminué ; le malade s'en est aperçu dans sa profession ; il est obligé de se mettre la viande sous le nez pour s'assurer de sa fraîcheur.

Le pincement des membres inférieurs est très douloureux; en découvrant le malade on le trouve inondé de sueur.

Le chatouillement de la plante des pieds détermine des mouvements réflexes considérables, le réflexe rotulien est également exagéré. La pression dans les fosses iliaques est extrêmement douloureuse surtout à droite ; en appuyant modérément, on arrache des cris au malade qui se tord, se renverse en arc.

La pression est douloureuse à la région lombaire du côté droit du rachis.

Rien d'anormal du côté des poumons sauf quelques signes d'emphysème. Les bruits du cœur sont faibles, éloignés, mais non altérés.

L'estomac ne paraît pas dilaté.

Traitement. — Eau de Vichy. Douches froides. Extrait d'opium, 10, puis 15 centigrammes.

Après deux mois de ce traitement le malade quittait le service notablement amélioré, le sommeil est revenu, les cauchemars se sont dissipés; l'appétit est normal, plus de pituites. L'hyperalgésie des extrémités a disparu. Il faut une pression assez forte pour déterminer la douleur *ovarienne*.

Quelques jours après son départ le malade vient à la consultation dans le même état, mais assez affecté parce que tout rapport sexuel lui avait été impossible.

Observation II. (Publiée par M. Lancereaux.)

Absinthisme chronique. — Hallucinations de l'ouïe. — Tremblement. — Hyperalgésie des extrémités et de l'abdomen.

H... (Charles), 42 ans, employé de commerce, entré le 17 octobre 1879, salle Sainte-Marthe, nº 14.

Cet homme n'est point un ouvrier comme ses voisins, c'est un déclassé; il a fait ses études complètes au lycée Henri IV; aussi est-il honteux de sa situation présente et ne lui arrache-t-on qu'avec peine l'aveu de ses habitudes alcooliques et de ses misères. Il débute, au sortir du collège, par être secrétaire de théâtre à Paris; c'est alors qu'il commence à boire de l'absinthe, n'en prenant encore que deux verres par jour. Il part pour la province, se fait professeur de mathématiques; les insomnies, les inquiétudes, l'agitation se montrent. Il

revient à Paris, et bientôt il est obligé de renoncer à donner des leçons ; il se place comme commis aux écritures, mais sa main est agitée d'un tremblement chaque jour plus accusé, qui, bientôt l'empêche d'écrire assez bien ; il va d'une maison à l'autre, renvoyé de partout, et tombe enfin dans la misère, malgré la sobriété relative qu'il dit avoir depuis deux ans.

Cet homme, robuste, aux larges épaules, a la physionomie triste, le regard étrange, les lèvres tremblantes ; il paraît en proie à une inquiétude constante ; lorsqu'il parle, on observe un léger degré de trémulation musculaire au niveau du sillon naso-labial. Depuis neuf ans, il dort mal ; il a chaque nuit des rêves effrayants, des réveils en sursaut; souvent, le soir quand il va s'endormir, il a des hallucinations de l'ouïe croyant entendre des voix qui parlent mal de lui. Le matin, il se lève la tête lourde, est pris de vertiges, a des pituites qui ont commencé il y a déjà plus de six ans.

Il accuse des élancements douloureux dans les membres inférieurs, au niveau des articulations du genou et du cou-de-pied, des crampes surtout dans les mollets ; mais ce qu'il présente de plus remarquable, c'est une hyperesthésie excessive: au moindre pincement de la peau des membres inférieurs, sous l'influence du plus léger chatouillement de la plante des pieds, il éprouve de vives douleurs, retire brusquement le membre, et, si l'on insiste, on détermine de véritables convulsions. Cette sensibilité exagérée se montre au niveau de l'abdomen, et la pression exercée avec les doigts sur la peau de la partie inférieure du ventre cause des contorsions et une expression douloureuse parfaitement comparables à celles d'une hystérique à laquelle on comprime l'ovaire. Quant à l'état d'excitabilité des membres, il peut être rapproché de celui des grenouilles dont on pince une patte après avoir sectionné la moelle ; l'hyperalgésie existe, mais à un degré beaucoup moindre dans le reste du tronc et aux membres supérieurs ; à la région sternale seulement et à la face la sensibilité à la douleur est normale. Aucune douleur à la pression le long du rachis. Le malade est couvert d'un prurigo généralisé que l'on peut rapporter à ce trouble profond de l'innervation.

Traitement. — Potion avec 4 gr. 50 de chloral.

Les jours suivants le sommeil revint, les hallucinations cessèrent l'hyperalgésie diminua.

On allait faire prendre des douches au malade quand, à la suite d'une dispute avec un infirmier, il quitta le service le 25 octobre.

Observation III. (Publiée en résumé dans la leçon de M. Lancereaux.)

Absinthisme. — Hyperalgésie des extrémités. — Points douloureux spinaux. — Douleurs spontanées dans les extrémités. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Anaphrodisie. — État gastrique à l'entrée : exagération des symptômes.

Léon S..., ébéniste, entré le 6 décembre 1879 à la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 48, âgé de 30 ans, né à Paris.

Ce malade a été en Afrique, cependant il dit n'avoir contracté que depuis 1877 l'habitude de boire de l'absinthe. Il a eu des fièvres intermittentes, et en 1878, un chancre suivi d'accidents secondaires. Il est fils d'un père qui buvait trois ou quatre verres d'absinthe par jour.

D'une forte constitution, il a commencé il y a deux ans à avoir des cauchemars, des pituites, des crampes et des fourmillements dans les jambes ; depuis deux ans aussi, il a remarqué une grande diminution de sa force et de sa puissance génésique (il était antérieurement très ardent de ce côté-là). Il se plaint d'éprouver par moment une sensation de constriction épigastrique analogue à la boule des hystériques. Dans ses rêves, il voit des animaux, des lions et des chacals, il se croit au milieu d'une bataille, ayant grand'peur. Parfois étant éveillé il croit voir des fantômes qui le poursuivent et sort de la chambre, effrayé ; il entend des voix qui l'injurient, lui cherchent qnerelle. La vue a baissé depuis un an.

Depuis quelques jours il a perdu l'appétit, il est dans un état nauséeux constant, et depuis lors les cauchemars sont devenus plus fréquents, le malade ne dort pour ainsi dire plus. Les sensations de picotement des extrémités sont devenues plus douloureuses.

On constate une hyperalgésie très marquée aux membres inférieurs, principalement au-dessus des genoux ; plus bas la sensibilité est peu exagérée. Il existe des points douloureux à la pression dans les fosses iliaques. La pression le long du rachis est douloureuse, surtout latéralement, au niveau des points d'émergence des nerfs. Qnand on appuie dans ces points le malade se tord de douleur.

Il existe du tremblement des doigts accusé surtout le matin. Traitement : Ipéca stibié, chloral 4 grammes.

Il faut porter la dose de chloral à 6 grammes pour obtenir quelques heures de sommeil. Le malade sort le 30 décembre dormant à peu près bien, mais conservant des crampes et des fourmillements nocturnes dans les extrémités.

Observation IV. (Inédite, personnelle.)

Absinthisme : rêves. — Hallucinations, troubles de la vue. — Hyperalgésie des extrémités. — Douleurs rhumatoïdes. — Fausses couches répétées. — Exagération des accidents à l'entrée sous l'influence d'un état gastrique.

La nommée B..., 35 ans, née à Saint-Brieuc, entre le 12 juin 1880 à la Pitié, salle Sainte-Geneviève, n° 29.

Cette femme raconte que son père est mort d'une maladie de cœur et sa mère d'une attaque d'apoplexie.

Elle exerce depuis longtemps la profession de cuisinière dans des restaurants. Bien nourrie, bien logée, elle mange habituellement très peu, boit beaucoup de café ; elle avoue que dans la maison où elle servait en dernier lieu, on lui donnait trois petits verres de cognac et un verre d'absinthe. Il était évident qu'il fallait tenir compte en dehors de cela de ce qu'elle s'offrait elle-même.

Comme antécédents pathologiques en dehors, des maladies de l'enfance, elle a, il y a quelques années, tenté de s'asphyxier avec du charbon et a été assez longtemps mal portante à la suite de cet accident.

En outre, elle aurait fréquemment des douleurs articulaires vagues et mobiles.

Réglée a 15 ans, elle ne l'a jamais été régulièrement. Après une couche à terme à l'âge de 16 ans, elle a eu depuis 1865 jusqu'à l'année dernière trois fausses couches de plus en plus précoces : la première à 6 mois, la dernière à 6 semaines. M. le Dr Guibout, consulté à Saint-Louis, aurait attribué ces accidents à une antéversion utérine.

La malade entre à l'hôpital pour des accidents nerveux et dyspepsiques, datant déjà depuis quelque temps, mais qui se sont beaucoup exagérés depuis quelques jours.

Etat à l'entrée. — Malade plutôt maigre, anémique, les muqueuses sont décolorées. Nombreuses varicosités violacées sur les joues. Tremblement labial pendant l'élocution. La malade raconte que depuis quelque temps elle est devenue très peureuse.

Langue large, blanche. Haleine fétide. Inappétence absolue depuis quatre ou cinq jours.

Depuis la même époque, la malade a vu redoubler ses cauchemars habituels : elle voit toutes les nuits des serpents, des rats, des chiens qui veulent lui faire du mal ; elle assiste à des batailles sanglantes.

A l'état de veille, elle voit quelquefois des personnages imaginaires qui lui disent à l'oreille « des choses désagréables ». Sa vue est constamment troublée, elle a comme un voile devant les yeux. Elle est sujette à des bourdonnements d'oreille.

Elle éprouve des fourmillements, des picotements très désagréables dans les extrémités ; elle a très souvent des crampes dans les mollets, la nuit.

En la découvrant, on trouve ses pieds froids et couverts de sueur; hyperalgésie très nette du pied et de la jambe au pincement. Douleur à la pression des fosses iliaques et en quelques points à la région lombaire latérale des deux côtés.

Traitement. — Ipéca stibié. Potion avec 3 gr. 50 de chloral pour le soir.

Le lendemain, pas d'amélioration. Elle a à peine dormi et a eu des rêves affreux. On porte le chloral à 4 grammes.

15 juin. Hier, un peu de délire ; la malade n'a pas reconnu son mari qui est venu la voir.

Les jours suivants, plus de délire, sommeil un peu meilleur; mais les rèves et les sensations de fourmillements aux extrémités persistent.

Le 21. La malade a été prise cette nuit de douleurs vives dans les genoux et les cous-de-pieds, qui ne présentent du reste aucune rougeur, aucun gonflement. Elle a vu ce matin, étant parfaitement réveillée, des rats monter sur le lit.

Ces douleurs persistent en changeant de place, mais en conservant les mêmes caractères et sans qu'il y ait jamais de gonflement articulaire jusqu'au milieu de juillet.

On fait prendre à la malade des douches froides et on porte la dose du chloral à 5 grammes.

Les douleurs sont moins vives à la fin de juillet et ne persistent guère que dans les épaules et sur le trajet du sciatique gauche. Les rêves, l'hyperalgésie, les picotements ont disparu.

19 août. La malade, qui ne souffre plus de ses douleurs depuis une dizaine de jours, quitte l'hôpital.

OBSERVATION V. (Publiée par M. Lancereaux.)

Absinthisme chronique. — Tremblement excessif. — Douleurs dans les membres. — Hyperalgésie des extrémités et de la pression dans les fosses iliaques. — Dégoût de l'absinthe. — Tuberculose pulmonaire. — Autopsie.

André C..., charretier, à la Halle aux vins, né dans la Haute-Savoie, âgé de 40 ans, entré le 5 octobre 1879, salle Sainte-Marthe, n° 15. Mort le 14 février 1880.

Fils d'un père buveur et d'une mère qui aimait la goutte, cet homme commença à boire à l'âge de 21 ans. Deux ans après, sa liqueur favorite était l'absinthe, et, jusqu'en 1870, c'est-à-dire pendant une dizaine d'années, il en prit huit, dix verres et plus chaque jour. A cette époque, il eut du dégoût pour cette boisson, et non seulement en cessa entièrement l'usage, mais ne pouvait en supporter l'odeur à distance : une seule fois, ayant essayé d'en boire un verre, il fut pris de vomissements. Depuis lors, il se contente de prendre quelques vulnéraires et quatre ou cinq litres de vin rouge par jour.

Depuis longtemps, il a des crampes la nuit, des pituites le matin. Son sommeil est troublé par des cauchemars, dans lesquels il se voit poursuivi, assailli par des chiens noirs; il aurait même fréquemment des hallucinations terrifiantes à l'état de veille ; il éprouve de violentes douleurs dans les membres, surtout la nuit ; enfin, il tousse depuis quelque temps.

Etat à l'entrée. — C'est un homme robuste, d'une vigoureuse constitution ; cependant, il a notablement maigri depuis quelque temps. La physionomie n'est pas naturelle, il a les yeux hagards. Les lèvres et les muscles de la face tremblent quand il parle. Les membres étendus, présentent des secousses convulsives presque rhythmées, très amples, analogues au tremblement de la sclérose en plaques. Comme dans cette maladie, mais à un moindre degré, le désordre des mouvements du membre supérieur était accru, quand on invitait le malade à préciser ses gestes, à porter par exemple un verre à sa bouche.

Des élancements douloureux existent dans les membres, surtout dans les jambes et au niveau des articulations ; ces douleurs, extrêmement vives et pénibles, sur lesquelles le malade attire chaque jour notre attention, sont comparées par lui à des coups de canifs, à des déchirements à des tiraillements musculaires; il se sert par moments, pour

les peindre, d'expressions tout à fait originales, qui peuvent donner une idée de l'excessive souffrance qu'il endure ; il nous raconte un matin que des ouvriers avaient été occupés toute la nuit à lui lacérer l'intérieur des jambes; il lui semble parfois sentir ces mêmes parties déchirées par des chiens.

On constate une hyperalgésie excessive dans toute l'étendue des membres inférieurs et la moitié inférieure de l'abdomen. Le chatouillement de la plante des pieds est tellement douloureux, que le malade bondit, se tord, se renverse en arc dans son lit quand on vient à passer les extrémités des doigts sur la région plantaire. On détermine une réaction presque aussi vive par la simple application du doigt sur la peau des membres inférieurs et de la partie inférieure de l'abdomen, surtout dans les points qui répondent à la région de l'ovaire chez la femme. Il n'existe pas de points douloureux à la pression le long du rachis. L'examen de la poitrine révèle l'existence d'une tuberculose déjà assez avancée : gros craquements humides au sommet gauche. Submatité et souffle expiratoire à timbre un peu cavitaire à droite.

Sous l'influence du chloral à la dose de 4 grammes, l'hyperalgésie diminue considérablement, surtout aux membres. La douleur *ovarienne* persiste ainsi que les douleurs spontanées nocturnes dans les jambes.

Le malade ne mange pas. L'aimaigrissement fait des progrès rapides. Il vomit ses aliments en toussant. Expectoration purulente très abondante. De temps en temps, un peu de subdelirium nocturne.

A partir de la fin de janvier, le malade tombe dans un état demicomateux. Il ne mange plus, ne reconnaît plus personne, reste immobile dans son lit, les membres dans la flexion sans contracture. La mort survient dans cet état le 7 février.

Autopsie. — Le crâne est sclérosé : la dure-mère, un peu épaissie, adhère par places à la pie-mère. L'encéphale pèse 1048 grammes. Le cerveau, peu volumineux, est ferme ; il présente des circonvolutions amaigries, sans qu'aucune paraisse plus atrophiée que ses voisines. La pie-mère cérébelleuse est épaissie ; la substance grise du cervelet légèrement ramollie.

La moelle ne présente aucune altération à l'œil nu.

Le cœur est normal. Au sommet du poumon droit, excavation du volume d'une orange ; caverne moins étendue au sommet gauche. Le reste des poumons est farci de granulations tuberculeuses.

La muqueuse de l'estomac est épaissie, ardoisée vers le pylore. Le foie présente un mélange d'état gras et de congestion lobulaire. Les reins sont également gras.

Observation VI. (Personnelle, inédite.)

Absinthisme chronique. — Hyperalgésie des extrémités et de l'abdomen. — Dégoût de l'absinthe. — Tuberculose pulmonaire rapide. — Mort. — Autopsie. — Tuberculose des poumons, du rein, de la prostate. — Intégrité des artères.

Le nommé R... (Antoine), employé, 50 ans, né dans le Pas-de-Calais, entre le 26 novembre 1880, salle Saint-Marthe, 42, meurt le 2 décembre.

Ce malade entre dans le service pour son affection pulmonaire. Depuis le 18 mars, il tousse, transpire la nuit, s'est un peu amaigri.

Pas d'antécédents héréditaires de tuberculose. Logement sain. Profession assez active (garçon de magasin).

Interrogé sur ses habitudes, il aurait eu étant jeune de la polyurie avec soi continuelle. Ces phénomènes ont disparu, mais c'est au moment où ils existaient que ce malade se serait mis à boire de l'absinthe. D'après son dire, il en aurait bu pendant vingt ans, 10 verres par jour en moyenne. Il y a trois ans, il a cessé brusquement « par raison » ses habitudes. Quelque temps après, ayant eu l'occasion de reboire un verre d'absinthe, il lui trouva un très mauvais goût, et depuis lors il a continué à éprouver un dégoût profond pour cette liqueur.

Etat à l'entrée. Malade peu amaigri, peau un peu chaude, s'excite un peu pendant l'interrogatoire. Pas d'hallucinations. Il n'aurait plus de cauchemars depuis qu'il ne boit plus d'absinthe.

La sensibilité à la douleur (pincement) est augmentée assez fortement sur les membres inférieurs jusqu'au genou et les membres supérieurs jusqu'au milieu des avant-bras. Le chatouillement de la plante des pieds, douloureux, provoque des mouvements réflexes extrêmement étendus.

Pas de points douloureux spinaux.

La pression profonde au niveau du bord externe des muscles droits, à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope détermine une douleur extrêmement vive qui se traduit par un mouvement spasmodique; le malade se tord en arc de cercle, absolument comme une hystérique à qui l'on presse l'ovaire. Le pincement de la peau au même point est douloureux aussi, mais à un bien moindre degré.

On constate des deux côtés des signes de tuberculose au sommet du

poumon; à gauche, gargouillement, souffle cavitaire; à droite, craquements humides.

La nuit suivante, agitation assez vive, le malade cherche à se lever, parle tout haut, effet possible de l'exploration.

Les jours suivants, diarrhée, fièvre hectique. Le malade meurt le 2 décembre.

Autopsie.—Le crâne est épais et cassant. Les artères cérébrales sont saines ainsi que la dure-mère. Les méninges molles présentent à la convexité quelques taches opalines, la pie mère se détache très facilement. Les circonvolutions sont pâles, décolorées, très fermes. La frontale ascendante gauche présente une dépression à sa partie supérieure. A la coupe, la substance cérébrale est pâle, décolorée.

Le poumon gauche adhérant dans toute son étendue est enkysté dans une coque membraneuse épaisse. Entre la base et le diaphragme loge pleurétique ancienne contenant 200 grammes de liquide séro-fibrineux. Au sommet, excavation du volume d'un œuf, entourée de plusieurs cavernules. Infiltration tuberculeuse confluente de la moitié supérieure du poumon. Dans la partie inférieure, granulations isolées, disposées en séries linéaires le long des vaisseaux.

Le cœur très chargé de graisse, surtout en avant, est flasque, aplati, en forme de gibecière. Le muscle cardiaque est décoloré, friable; pas de lésions valvulaires.

L'aorte un peu large n'est pas athéromateuse; deux ou trois petites plaques graisseuses vers son origine.

L'aorte abdominale est saine.

L'estomac est très large, la muqueuse plissée et ardoisée présente au voisinage du pylore des plaques de vascularisation.

A la convexité du foie fait saillie un kyste hydatique de la grosseur du poing, à parois en partie calcifiées. Les hydatides sont en partie détruites.

Deux des calices du rein droit sont dilatés, infiltrés de granulations tuberculeuses.

La prostate présente plusieurs foyers tuberculeux.

Les testicules, les épididymes, les canaux déférents, les vésicules séminales sont sains.

Observation VII. (Publiée dans la leçon de M. Lancereaux.)

Absinthisme chronique. — Rêves. — Fourmillements des extrémités. — Hyperalgésie des extrémités et de l'abdomen. — Obésité. — Marasme progressif. — Escbare sacrée. — Mort. — Autopsie. — Pachyméningite récente. — Tuberculose pulmonaire au début. — Intégrité du système artériel.

Virginie S..., né à Paris, âgée de 47 ans, salle Sainte-Adélaide, 13.

Orpheline à l'âge de 8 ans, cette femme paraît n'avoir pas eu d'autre profession que celle de prostituée

Elle a habité longtemps le quartier latin, et dès l'âge de 17 ans avait des habitudes très prononcées d'absinthisme; elle en arriva même vers l'âge de 28 ans à ne plus boire de vin et à faire usage de l'absinthe pendant ses repas. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques, et en particulier n'a jamais présenté aucun phénomène d'hystérie. Jamais d'enfants ni de fausses couches.

Il y a 10 ans seulement, elle a commencé à éprouver du dégoût pour l'absinthe. Depuis longtemps elle avait des cauchemars, des pituites de l'obésité.

Au moment de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, 16 avril 1877, elle est dans l'état suivant : le facies est morne, abattu; les yeux sont fixes, sans expression; les lèvres sont tremblantes, pincées. Elle se plaint de fourmillements dans les pieds et les mains, de picotements intenses surtout la nuit. Elle voit des mouches volantes, noires. La marche ne tarde pas à la fatiguer et à faire paraître au niveau des malléoles et de la jambe des plaques rougeâtres, lie de vin, qui durent quatre ou cinq jours.

Il existe une hyperalgésie des membres inférieurs très accusée au niveau de la région plantaire, et remontant jusqu'à la partie moyenne de la jambe.

Hyperalgésie très notable aussi au niveau des hypochondres : le moindre pincement détermine une violente réaction. Le sommeil est troublé par des rêves effrayants : chutes du haut d'un escalier, d'une maison, avec réveils en sursaut; voyages en pays inconnus traversés par des obstacles de toutes sortes. Pas d'autres troubles intellectuels. Le matin, et même dans la nuit, toux suivie de vomissements glaireux. Quelquefois vomissements alimentaires. Depuis quelques jours, embarras gastrique.

L'état de la malade était resté stationnaire, quand, les premiers jours de juillet, elle maigrit rapidement, perd l'appétit, tombe dans une sorte de marasme. Les membres inférieurs sont atteints de parésie et la marche devient impossible ; l'intelligence s'obscurcit, le caractère s'altère, pleurs sans motifs.

6 juillet. La malade est dans un état continu de subdélirium, a des hallucinations même pendant le jour, pousse des cris, croit voir des assassins, des gendarmes qui la conduisent en prison. Depuis quelques jours, il s'est développé une plaque rouge au sacrum. Les jours suivants, le délire s'accentue; il y a de la fièvre, la bouche est fuligineuse, la langue sèche, l'haleine fétide; il se manifeste un strabisme externe de l'œil droit.

Le 14. L'eschare sacrée est formée; elle a l'étendue de la paume de la main. La respiration est lente, irrégulière, parfois stertoreuse. Ni contractures ni paralysies manifestes.

Le 22. Mort dans le coma.

Autopsie. — Les os du crâne sont amincis par disparition du diploé. Sur la dure-mère on remarque des néomembranes récentes, très vasculaires, au voisinage des deux artères méningées moyennes. Les corpuscules de Pacchioni sont très nombreux. Les méninges molles sont œdématiées, opalines sur la convexité des deux hémisphères, néanmoins elles se détachent facilement. Les artères cérébrales sont normales, sans trace d'artérite. Le liquide ventriculaire est abondant; les ventricules sont dilatés; il existe un état piqueté de la substance cérébrale.

Dans la paroi abdominale, la couche de graisse a une épaisseur de quatre travers de doigt. Le foie est gras, les fragments de sa substance tombent difficilement au fond de l'eau. Les reins sont congestionnés et un peu gras ; l'estomac est dilaté, mais peu altéré. Le mésentère est chargé de graisse, ainsi que l'épiploon. Les ovaires sont adhérents aux organes voisins, l'ovaire droit présente un petit kyste à contenu visqueux.

Au sommet du poumon gauche, existe un îlot de granulations tuberculeuses. A la base du poumon droit, œdème très prononcé ; quelques néo-membranes pleurales récentes, correspondant à des points de pneumonie lobulaire. Le cœur est chargé de graisse ; le myocarde est jaune, aminci, friable. Les valvules sont saines ; l'aorte est saine aussi, à part quelques plaques graisseuses à son origine.

Observation VIII. (Publiée dans la leçon de M. Lancereaux.)

Absinthisme chronique. — Phénomènes nerveux analogues à ceux de la pellagre. — Mort. — Autopsie. — Pachyméningite. — Bronchopneumonie ultime. — Intégrité du système artériel.

La nommée C... (Modeste), journalière, née dans l'Yonne, âgée de 57 ans, admise le 24 septembre 1877 à l'hôpital Saint-Antoine, meurt le 25 novembre.

En raison de l'état intellectuel de la malade, on ne peut obtenir de renseignement précis sur ses antécédents. On sait seulement que depuis de nombreuses années elle avait l'habitude d'ingérer de l'absinthe et qu'elle en buvait près d'un litre par jour. Depuis longtemps elle a des cauchemars, voit des hyènes, des chiens, des ours, qui l'attaquent.

Le facies est alcoolique, le regard est hagard ; le nez, les pommettes sont rouges, couverts de varicosités ; les lèvres sont tremblantes. Il y a du tiraillement des doigts. De plus la face dorsale des deux mains présente, depuis sa naissance, jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du poignet, une peau grisâtre, de la couleur d'une patte d'oie ; elle est ridée, couverte d'un épithélium qui se desquame. Cette lésion se prolonge dans une faible étendue sur la face palmaire, dans le territoire innervé par le nerf cubital. Les doigts, et en particulier les ongles, ne sont pas altérés.

Il existe une diminution de la sensibilité des extrémités, soit supérieures, soit inférieures ; mais les réflexes se produisent facilement par le chatouillement de la plante des pieds, et au-dessus des genoux il y a de l'hyperalgésie. Les sensations de tact et de température sont conservées. L'intelligence est pervertie ; la malade quitte son lit, rôde dans la salle, urine par terre ou dans son verre ; elle ne se rend pas compte du temps ; par moments elle a des idées de grandeur, se croit la nièce de l'archevêque de Paris, etc.

Elle finit par tomber dans une cachexie profonde, en même temps que les troubles nerveux s'accentuent. Elle est dans un état de somnolence continu ; les quatre membres sont contracturés. La cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse et le talon touche presqu'à la fesse des deux côtés, mais plus à gauche qu'à droite. De même, le bras est porté en avant et en dedans sur la poitrine, l'avant-bras est en demi-flexion, les doigts sont fléchis, le pouce seul est dans l'exten-

sion. Si on essaie de vaincre les contractures, on détermine de vives douleurs, et les membres éteudus sont agités de tremblements spasmodiques. Il y a de la raideur du tronc et du cou, notamment des sterno-mastoïdiens et du trapèze. La mort survient dans le marasme le 28 novembre.

Autopsie. — Le sujet est très maigre, les os se tranchent facilement au couteau ; les muscles sont atrophiés et décolorés.

Crâne et rachis. Il existe à la surface interne de la dure-mère crânienne des deux côtés, mais surtout à gauche, des fausses membranes minces, molles, semblables à des toiles d'araignée, sans trace d'hématome. Dans le reste de son étendue, la dure-mère est vascularisée d'une façon anormale. La dure-mère spinale est opaline et présente quelques adhérences lâches avec l'arachnoïde. Les corpuscules de Pacchioni sont nombreux, et l'arachnoïde cérébrale opaline à la convexité des hémisphères ; l'arachnoïde spinale est aussi opaline par places et présente, en un point de la région dorsale, une plaque blanche, dure, comme cartilagineuse.

La pie-mère n'offre rien de spécial. Les artères cérébrales sont saines. Les hémisphères cérébraux sont fermes, durs à la coupe. La partie supérieure des deux circonvolutions pariétales et frontales ascendantes et les deux lobes pariétaux sont atrophiés. Nulle part il n'existe de lésion ancienne telle qu'une hémorrhagie ou un ramollissement. La moelle est saine.

Cavité thoracique. — Surcharge adipeuse du cœur. Quelques plaques graisseuses au niveau de la valvule mitrale. Le cœur est sain d'ailleurs. L'aorte thoracique est normale; l'aorte abdominale présente quelques taches graisseuses. Adhérences pleurales du côté droit. Du même côté, quelques noyaux de pneumonie lobulaire ; congestion hypostatique du bord postérieur des deux poumons.

Cavité abdominale. — Muqueuse stomacale congestionnée ; l'intestin est sain ; le foie est jaune, manifestement gras ; un peu de périhépatite. Rien à noter dans les autres organes.

Observation IX. (Inédite, communiquée par M. Lancereaux.)

Absinthisme chronique. — Rêves, fourmillements et crampes dans les membres. — Diminution et retard des sensations douloureuses aux extrémités. — Hyperalgésie de la racine des membres. — Parésie des membres inférieurs. — Fausses couches répétées.

La nommée D... (Amélie), 30 ans, maîtresse blanchisseuse, entre le 22 décembre 1881 à la Pitié, salle Lorain, n° 25, sort le 28 décembre.

Cette femme paraît se défier des questions qu'on lui fait : elle commence par nier tout excès aloolique. On finit par lui arracher l'aveu qu'elle a pris, il y a quelques années, du vulnéraire et de l'eau-de-vie, mais elle y aurait renoncé, « parce que le vulnéraire l'endort et que le cognac la rend folle ». En tout cas, elle nie énergiquement boire de l'absinthe. Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, M. Lancereaux apprit du confrère qui lui avait envoyé cette malade que, renseignements pris chez le marchand de vin, cette femme achetait chaque jour pour 25 à 28 sous d'absinthe.

Le père de la malade est mort âgé, il était sobre, dit-elle. Sa mère est vivante, bien portante, sobre. Un frère et une sœur sont vivants, bien portants.

La malade n'a eu comme maladies antérieures, que celles de l'enfance et quelques migraines étant jeune. Jamais de rhumatismes. Jamais d'attaques de nerfs, ni d'autres accidents imputables à l'hystérie.

Réglée à 12 ans, la malade a toujours depuis vu régulièrement, et sans douleurs. Les règles ont toujours été très peu abondantes.

Venue à Paris à 18 ans, elle y a toujours travaillé comme repasseuse. Logement sain, nourriture abondante. Mariée peu après son arrivée à Paris, la malade a eu trois enfants et trois fausses-couches; ces accidents se sont produits à 5 mois, 3 mois et 2 mois. Des trois enfants, l'un est mort à 15 jours, une autre à 9 mois « elle avait toujours quelque chose » ; il reste un petit garçon de 5 ans. Ni la malade ni son mari ne paraissent avoir eu la syphilis. Les suites de couches ont toujours été bonnes.

Les troubles actuels ont débuté il y a un an. Depuis cette époque elle vomit, le matin à jeun, un liquide verdâtre ; de plus, ses jambes ont commencé à s'affaiblir. Depuis 3 à 4 mois cet affaiblissement a fait de

grands progrès; la malade a une certaine difficulté à marcher, elle est obligée de se tenir à la rampe pour monter son escalier. Depuis 2 mois sensation fréquente de picotement, d'engourdissement dans les pieds et les jambes qui lui semblent toujours froids. Elle a aussi dès lors des crampes toutes les nuits, elle est obligée de se lever et de marcher pour les faire cesser. Depuis la même époque, les troubles gastriques se sont aggravés, la malade vomit fréquemment ses aliments après son déjeuner.

Etat à l'entrée. Malade paraissant irritable, elle raconte que depuis quelque temps elle est très emportée et « pleure pour rien ». Elle dort assez bien, mais rêve souvent de chutes dans des précipices, se réveille alors en sursaut; elle dit ne pas voir d'animaux mais sa défiance paraît mise en éveil par cette question. Pas de troubles de la vue; jamais de vertiges ni d'étourdissements.

L'examen de la sensibilité donne les résultats suivants : la sensibilité tactile et la sensibilité à la température sont normales. Il y a une analgésie bien nette à la piqûre des membres inférieurs jusqu'au milieu de la cuisse et des membres supérieurs jusqu'au milieu du bras. A la racine des membres la plus légère piqûre provoque une douleur assez vive.

Le pincement est perçu partout, mais sur le pied il y a un retard évident de la sensation douloureuse. Le chatouillement plantaire ne donne lieu à aucun mouvement réflexe.

Pas de points douloureux spinaux.

La malade marche assez bien, mais se fatigue vite. Tremblement assez accusé des mains et des pieds quand on les fait garder longtemps étendus. Au lit l'attitude des pieds est normale, tous les mouvements s'exécutent bien; cependant le gros orteil, légèrement fléchi ne peut être ramené sur le même plan que les autres.

On envoie la malade aux douches, mais six jours après son entrée elle quitte l'hôpital dans le même état « ne voulant pas être prise pour une ivrogne ».

Observation X. (Personnelle, inédite.)

Absinthisme chronique. — Rêves, hallucinations. — Douleurs spontanées des extrémités. — Hyperalgésie des extrémités. — Anesthésie plantaire. — Phénomènes de paralysie et d'incoordination motrice des membres. — Exagération du réflexe rotulien.

Le nommé C... (Louis-Amédée), âgé de 45 ans, employé de commerce, né en Seine-et-Marne, entre le 22 mai à la Pitié, salle Sainte-Marthe n° 33.

Cet homme entre dans le service pour des douleurs avec affaiblissement très marqué des membres inférieurs.

Son père, âgé de 79 ans, est vivant, bien portant ; il n'a jamais été malade ; il est très sobre. Sa mère qui a 67 ans est nerveuse et sujette aux migraines.

Le malade lui-même a joui d'une santé parfaite jusqu'au début de l'affection actuelle. A l'âge de 5 mois il a eu par accident la main gauche profondément brûlée. Cette main est réduite à une sorte de moignon dont les doigts, sauf le pouce, semblent avoir disparu, recouverts qu'ils sont par une surface cutanée lisse et plane. Cet accident n'a pas empêché le développement normal du reste du membre, et le malade se servait de sa main comme d'une sorte de crochet pour porter des objets assez lourds.

Jusqu'à il y a dix ans le malade a exercé dans son pays la profession de clerc de notaire, il vint alors s'établir à Paris où il est négociateur de fonds de commerce et c'est surtout depuis ce moment qu'il s'est mis à boire. Les affaires dont il s'occupe se traitant presque toujours chez le marchand de vin, il buvait en moyenne 5 à 7 verres d'absinthe ou de vermouth par jour (plus d'absinthe que de vermouth). Il n'a jamais pris d'eau-de-vie et ne boit guère qu'un litre de vin par jour.

Depuis longtemps le malade dort assez mal. Il parlait tout haut la nuit, rêvait qu'il tombait dans des trous, dans des précipices, voyait des animaux. Il avait même de temps en temps, étant éveillé, des hallucinations, voyant « des objets et des personnages imaginaires ».

Jamais de perte de connaissance ni d'attaques convulsives.

Sensation habituelle de nausée au réveil, mais jamais de vomissements.

Jusqu'à il y a un mois aucun trouble dans les mouvements. Le malade continuait à vaquer à ses affaires, marchant beaucoup. La coordi-

nation des mouvements de la main était parfaite puisque l'une des principales occupations du malade consistait à écrire des actes, ce dont il s'acquittait très bien.

Un mois avant son entrée, le malade s'enrhuma. Il fut pris de coryza et de toux avec un peu de fièvre. Il cessa alors ses occupations et c'est au bout de quelques jours d'interruption de ses habitudes alcooliques, qu'il remarqua un matin en se levant que ses jambes, fortement affaiblies, pliaient sous lui et que, selon son expression, elles n'allaient pas comme il voulait.

A partir de ce jour il éprouve dans les pieds et les mollets des douleurs vives continues, mais s'exasperant la nuit, qu'il compare à des sensations de picotement, de brûlure, de déchirure, comme si des animaux lui mordaieut les jambes.

Quatre jours après, étant sorti et voulant traverser rapidement la rue il sentit ses jambes se derober sous lui et tomba. Depuis lors la faiblesse et les douleurs n'ont fait qu'augmenter et le malade se décide à entrer à l'hôpital.

État à l'entrée. C'est un homme d'aspect assez vigoureux, d'un embonpoint assez marqué. Le teint est très coloré avec de nombreuses varicosités cutanées des joues. L'expression de la figure est triste, l'œil un peu vague. Dès que l'on interroge le malade, sa physionomie s'anime et il répond avec volubilité sans aucune hésitation de la parole; sa lévre supérieure est constamment tremblante et son front couvert de sueur.

Le malade se plaint de douleurs spontanées, très vives, occupant les membres inférieurs jusqu'aux genoux. Le caractère de ces douleurs paraît variable, le malade les compare tantôt à des piqûres d'épingles, tantôt à une sensation de déchirure, de morsures d'animaux.

Ces douleurs sont pour ainsi dire constantes, mais cependant beaucoup plus fortes la nuit. Depuis quelques jours les mains et surtout la main droite sont également le siège d'une sensation d'engourdissement. de fourmillement.

Si l'on vient à explorer la sensibilité, on trouve qu'au niveau des pieds, aussi bien à la face dorsale qu'à la face plantaire la *sensibilité tactile* est assez notablement diminuée : il faut appuyer assez fortement avec le doigt pour que le malade sente le contact. A la jambe et dans le reste du corps la sensibilité tactile est normale.

Le *chatouillement* de la plante des pieds est douloureux et provoque des réflexes très étendus.

Le *réflexe rotulien* est notablement exagéré.

La *sensibilité à la douleur* est aussi considérablement accrue dans les pieds et dans les jambes jusqu'un peu au-dessus du genou. — Le pincement léger de la peau, une piqûre d'épingle arrachent des cris au malade; et quand on le pince légèrement plusieurs fois de suite, il entre dans une violente excitation et ne veut plus qu'on le touche. Les points pincés restent assez longtemps rouges.

Hyperalgésie analogue, mais moins intense des extrémités supérieures remontant jusqu'au milieu des avant-bras.

La *sensibilité à la température* est normale.

La pression sur les apophyses épineuses est douloureuse sur toute la longueur du rachis. On produit aussi une vive douleur par la pression dans la région *ovarienne*. Cette douleur est plus intense à gauche.

Quand le malade est au lit, les *mouvements* des membres inférieurs paraissent normaux; cependant, quand on lui fait garder pendant quelque temps la *jambe élevée* au-dessus du lit, elle est bientôt prise de tremblement et finit par retomber. Le malade peut marcher quelque temps sans appui, mais au bout de quelques pas il se fatigue et ses jambes fléchissent sous lui.

Il paraît sentir très imparfaitement le sol, bien qu'il n'ait aucune perversion de cette sensation (sensation du duvet, etc). Il marche les yeux fixés sur ses pieds et à chaque pas contracte violemment tous les muscles du membre, pour le porter en masse en avant. Il pose lourdement le pied à terre, mais ne jette pas sa jambe de côté.

Quand on le fait rester debout sans marcher ses jambes fléchissent au bout de quelques instants et il est obligé de chercher un appui. Ce phénomène paraît plutôt dû à un véritable affaiblissement musculaire qu'à une perte d'équilibre, car il ne se reproduit pas plus vite quand on fait fermer les yeux du malade.

Le membre supérieur droit, le seul dont le malade, vu son infirmité, puisse se servir pour exécuter des mouvements délicats, est aussi le siège de phénomènes assez marqués d'incoordination : le malade a beaucoup de peine à saisir de petits objets; il est dans l'impossibilité absolue d'écrire; quand on lui fait garder quelque temps son verre à la main, elle tremble bientôt violemment. Il est obligé pour manger de saisir sa fourchette à pleine main.

Les nuits sont très agitées. Les douleurs le privent presque complètement de sommeil et, dès qu'il s'assoupit, il est réveillé par un cauchemar ou par ses jambes qui sautent dans son lit.

Aucun trouble de la vue ni des autres sens spéciaux.

Les autres fonctions sont à peu près intactes.

L'appétit est conservé, la langue nette, les digestions bonnes. Rien à noter du côté des poumons, sauf quelques légers signes d'emphysème. Rien au cœur.

L'urine ne renferme ni albumine, ni sucre.

Le malade reste quelques jours en observation dans le service sans suivre de traitement. Il reste dans le même état. Il a de très mauvaises nuits, parle et crie en dormant et continue à éprouver de vives douleurs dans les pieds et les mollets.

A partir du 3 juin, une douche froide par jour. Ce jour-là le malade se plaint que les sensations de fourmillement, de picotement remontent au-dessus des genoux.

6 juin. L'impotence des membres inférieurs augmente, le malade ne peut qu'à grand'peine monter une marche d'escalier en se tenant à la rampe. Il ne sent que très imparfaitement les objets qu'il a dans la main.

Il continue à ne presque pas dormir. Chloral, 3 gr.

Le 7. Le malade n'a pas mieux dormi. Chloral, 4 gr.

Le 8. Quelques heures de sommeil cette nuit.

Le 12. L'affaiblissement des jambes a augmenté au point que le malade ne peut plus du tout marcher sans s'appuyer sur quelqu'un. Il a perdu hier sa pantouffle et a continué à marcher sans s'apercevoir de cet accident. Comme il ne peut plus se tenir debout pour la douche, on le fait porter aux bains sulfureux (trois par semaine).

Le 20. Le malade est dans l'impossibilité absolue de se tenir sur ses jambes qui fléchissent aussitôt sous lui.

Le 24. La sensation d'engourdissement douloureux, d'abord limitée à la main et au poignet, remonte depuis quelques jours jusqu'au tiers supérieur du bras.

Pendant le mois de juillet l'état du malade reste à peu près le même. Il continue à bien manger. Son expression est plus naturelle; il s'excite moins en parlant. Les sensations douloureuses des membres persistent, mais sont bien moins vives. La coordination des mouvements de la main devient aussi meilleure. Le malade se sert plus facilement de son verre, de sa cuiller. Il a essayé à plusieurs reprises d'écrire, mais n'a pu y parvenir.

20 août. L'examen du malade donne les résultats suivants :

Il se sert mieux de sa main; il peut tenir quelque temps un objet entre ses deux doigts sans être pris de tremblement.

Il peut aussi maintenir quelque temps ses jambes élevées au-dessus du plan du lit. Nous essayons alors de mettre le malade debout, mais aussitôt ses jambes ploient, inertes, pendant cette tentative,on remarque que, dès que les membres inférieurs ont été dans une position déclive, ils sont devenues le sièges; d'un rougeur très vive,en même temps que le malade y éprouvait une sensation de chaleur douloureuse. On peut produire le même phénomène, très passager d'ailleurs, en pinçant à plusieurs reprises la peau des jambes et des cuisses.

L'hyperalgésie au pincement et à la piqûre existe encore et remonte jusqu'au milieu des cuisses, mais elle est bien moins vive qu'à l'entrée. L'hyperesthésie au chatouillement plantaire a aussi beaucoup diminué.

La pression sur les apophyses épineuses et dans les fosses iliaques ne détermine plus de douleur.

L'attitude des membres inférieurs du malade au lit, semble indiquer que les muscles de la région antérieure de la jambe sont plus atteints que les postérieurs, le pied est en effet légèrement équin, les orteils fléchis sur la plante, particulièrement les gros orteils ; il faut un léger effort, pour les redresser.

L'exploration électrique donne les résultats suivants.

La contractilité faradique, fortement diminuée aux cuisses paraît absolument abolie des deux côtés aux jambes et aux pieds. De plus le malade encore si sensible au pincement et à la piqûre sent à peine passer le courant, même quand on porte la machine à son maximum d'action.

Le malade électrisé (courant interrompu) assez irrégulièrement ne s'améliore que très lentement, vers le milieu de décembre, il peut se tenir un peu sur ses jambes.

A ce moment non seulement l'hyperalgésie des extrémités a disparu, mais il existe un certain degré d'analgésie.

A partir de janvier 1881, électrisation régulière.

Les muscles de la jambe commencent à secontracter sous l'influence du courant. Le gros orteil seul reste fléchi et presque complètement ankilosé dans la flexion, ce qui gêne beaucoup le malade qui commence à pouvoir un peu marcher.

Les progrès de la motilité continuent en février.

Le 15 avril le malade demande à quitter le service appelé par ses affaires. Il marche encore assez mal, se fatiguant vite. Les gros orteils sont toujours fléchis, les genoux un peu raides. Il persiste un certain

degré d'analgésie des membres inférieurs. Le malade éprouve encore de temps en temps la nuit des crampes et des fourmillements dans les jambes. L'état général est d'ailleurs excellent.

Observation XI. (Personnelle, inédite.)

Absinthisme. — Pneumonie. — Délire après la défervescence. — Hyperalgésie des extrémités. — Hyperalgésie abdominale et rachidienne. — Exagération des réflexes.

Le nommé C... (Gustave), âgé de 28 ans, né à Briançon, étudiant en médecine, entre le 26 avril 1880, à la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 17, service de M. le Dr Lancereaux.

Ce jeune homme amaigri, paraissant plus que son âge, entre au troisième jour d'une pneumonie franche.

Son père est vivant, bien portant. La mère est morte pendant son enfance.

Venu à Paris en 1874, il a eu, en 1876 une bronchite qui a duré longtemps et depuis lors tousse tous les hivers.

Le 23 avril à sept heures du soir, il a eu, un grand frisson d'une demi-heure de durée; depuis lors il y a de la fièvre, tousse et a un point de côté à gauche.

A son entrée, fièvre intense, face vultueuse.

Malade agité, submatité, respiration soufflante et bouffées de râles crépitants à la base gauche.

Potion de Todd.

Les jours suivants la pneumonie suit son cours. Expectoration rouillée. Souffle tubaire dans la moitié inférieure du poumon gauche.

Défervescence brusque le 29 avril.

Dans la nuit du 30 avril au 1er mars, le malade qui, bien que paraissant un peu excité, l'avait toujours nettement répondu aux questions est brusquement pris de délire, il se lève veut s'en aller et va à la selle à côté de son lit.

Le 1er mai au matin facies hébété langue tremblante; le malade paraît ne pas se rendre compte de l'endroit où il se trouve. Potion avec extrait thébaïque 0,10.

La nuit suivante encore un peu d'agitation.

2 mai. Langue encore tremblante, malade un peu hébété, repond assez bien aux questions.

Les jours suivants, le malade recouvre rapidement et complètement sa connaissance.

Il raconte alors qu'il s'est mis à boire depuis 1874; il n'y aurait que peu de temps qu'il boit de l'absinthe; depuis quelques mois il en prendrait quatre à six verres par jour.

Quelque temps avant de tomber malade il était sujet à des rêves effrayants; il rêve qu'il a du soufre dans son lit et qu'il brûle. Depuis la même époque, sensation de fourmillements, de chatouillements, de picotements dans les extrémités la nuit.

Il aurait eu aussi et toujours, à la suite d'excès alcooliques plus considérables des attaques de nerfs (une dizaine environ); les accès débutaient par une sensation de douleur rétrosternale qui remontait à la gorge (sensation de boule), puis survenaient des convulsions généralisées sans que le malade perdit complètement connaissance; il s'est quelquefois mordu la langue.

En explorant la sensibilité à la douleur, on constate une hyperalgésie extrême au pincement ou à la piqûre des membres inférieurs jusqu'au genou. Hyperalgésie beaucoup moindre du dos des mains et des avant-bras.

Une pression modérée est douloureuse tout le long du rachis et dans les fosses iliaques.

Les réflexes sont très augmentés au chatouillement de la plante des pieds. Réflexe rotulien également augmenté d'amplitude.

Le 11. Le malade qui se lève depuis quelques jours se sent extrêmement faible. Les jambes peuvent à peine le porter. Douches écossaises.

Retour rapide des forces. Le malade part en bon état le 22 mai. L'hyperalgésie a notablement diminué.

Observation XII. (Personnelle, déjà publiée dans la leçon de M. Lancereaux.)

Absinthisme chronique. — Hyperesthésie des membres inférieurs. — Dyspepsie. — Tuberculose pulmonaire. — Fièvre typhoïde quinze jours après son entrée dans le service. — Délire. — Eschare précoce. — Mort le douzième jour. — Autopsie.

Eugène D..., âgé de 32 ans, clerc de notaire, né à Passy, entré à la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 39, le 3 juillet, mort le 29 juillet.

Ce malade raconte que depuis plusieurs années il s'est laissé entraî-

ner par des camarades à prendre avant son déjeuner une, deux ou trois absinthes et autant avant son dîner. Il buvait aussi régulièrement de l'eau-de-vie le soir.

Depuis longtemps il est sujet à des crampes, à des engourdissements des jambes et par moments à des douleurs térébrantes qui surviennent surtout peu après qu'il est couché.

Il a des cauchemars la nuit, rêve qu'il tombe d'un quatrième ou cinquième étage, qu'il est poursuivi par des têtes informes et se réveille en sursaut baigné de sueurs. Depuis longtemps aussi il a à son réveil des pituites verdâtres, filantes, extrêmement amères.

L'appétit est pour ainsi dire nul ; il a un dégoût profond pour les aliments. Enfin, et c'est là surtout ce qui l'amène à l'hôpital, depuis deux mois, à la suite d'un rhume négligé, il s'est mis à tousser et à maigrir.

Etat à l'entrée. Cet homme paraît fort impressionné, ému par notre examen. Son regard est inquiet. Sa mémoire, nous dit-il, a beaucoup baissé ces dernières années.

Le malade est très maigre, pâle, les lèvres sont tremblantes, la parole embarrassée. Les pieds mis à découvert se couvrent de sueurs ; ils sont le siège d'une hyperalgésie considérable ; le moindre pincement au niveau du pied et de la jambe est très douloureux. Les autres genres de sensibilité ne sont pas altérés. Le chatouillement de la plante des pieds détermine des mouvements réflexes de la plus grande violence. Le choc du bord cubital de la main sur le tendon rotulien occasionne un mouvement beaucoup plus étendu qu'à l'état normal.

Pas d'hyperalgésie à la pression dans les fosses iliaques ou le long du rachis.

On trouve des râles sous-crépitants abondants aux deux sommets en avant et en arrière. Diminution de la sonorité en ces mêmes points.

Traitement. — Régime lacté. Extrait d'opium 10 centigr.

Les jours suivants le malade dort mieux, mais ses douleurs térébrantes persistent dans les jambes, plusieurs fois par nuit il est obligé de les sortir du lit « pour les mettre au frais ». Le régime lacté paraît amender un peu les accidents gastriques.

13 juillet. Depuis hier au soir malaise, céphalalgie, anorexie absolue. Quelques gouttes de sang en se mouchant cette nuit, le matin langue sale, un peu rouge sur les bords. T. 38°5.

Le 15. Nuit agitée, le malade a parlé sans interruption toute la nuit et s'est beaucoup remué.

Ce matin ses yeux sont brillants, soif intense.

A partir du 19 au soir, la température ne descend pas au-dessous de 40° jusqu'à la mort.

Le 21. Délire très violent, cette nuit le malade a cherché à se lever. Ce matin prostration profonde et répond à peine.

Les jours suivants la prostration s'accentue, la langue et les gencives deviennent fuligineuses. Diarrhée très abondante, rougeâtre, fétide. Météorisme très considérable.

Le 25. Le malade est dans une sorte de demi-coma, de temps en temps prononce des mots incompréhensibles. Raie méningitique.

Ce matin éruption de nombreuses taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et la base du thorax.

Le 27. Malade oppressé, immobile, ne parlant plus. Un peu de raideur du cou.

En le retournant, on constate l'existence à la région sacrée d'une large plaque mortifiée.

Mort le 29 dans la matinée.

Autopsie. — Cavité abdominale. La muqueuse gastrique est injectée et au voisinage du pylore existent une dizaine de petits ulcères superficiels de dimensions miliaires ou lenticulaires. L'intestin grêle offre dans sa dernière portion des plaques de Peyer saillantes, gaufrées, non encore ulcérées; en aucun point il ne se trouve de lésions tuberculeuses. La rate est volumineuse, molle, gorgée de sang; le foie gras; pas de lésions macroscopiques des reins.

Cavité thoracique. — Les cartilages costaux sont en voie d'ossification et les côtes se coupent facilement au couteau, malgré le jeune âge du sujet. La muqueuse laryngée, au niveau de la corde vocale gauche, est ulcérée, les cartilages du larynx sont en partie calcifiés. Il existe des excavations au sommet des deux poumons qui adhèrent fortement à la cage thoracique; dans le reste du parenchyme, nombreuses granulations tuberculeuses.

Le cœur, volumineux et dilaté, chargé de graisse, ne contient qu'une petite quantité de sang ressemblant à de la gelée de groseilles; le myocarde est décoloré, friable; l'endocarde fortement imbibé; pas de lésions valvulaires.

Cavité encéphalique. — Le crâne est aminci; les corpuscules de Pacchioni sont nombreux et volumineux, la dure-mère adhère fortement aux méninges molles au niveau du bord convexe des hémisphères; on remarque quelques plaques opalines sur l'arachnoïde. Les artères cérébrales sont saines.

Observation XIII. (Publiée dans la leçon de M. Lancereaux.)

Absinthisme chronique? — Sensations de fourmillement, de picotement dans les extrémités. — Crampes. — Analgésie des membres inférieurs. — Névralgie faciale et cervicale.

P... (Désiré), âgé de 51 ans, né dans l'Oise, maroquinier, entré le 18 mai 1871 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Barthélemy, n° 30.

Cet homme est un ancien soldat qui a fait un séjour de sept ans et huit mois en Afrique; à son retour, il aurait eu une première fois des accidents semblables à ceux qu'il présente aujourd'hui; il y a quatre ans, il a passé deux mois à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Mesnet, pour des douleurs névralgiques. Avant d'exercer le métier de maroquinier il a été garçon de pharmacie à l'Hôtel-Dieu (profession suspecte au point de vue des habitudes absinthiques) et pendant le siège s'est engagé comme infirmier. Il avoue avoir commis des excès alcooliques, mais nie s'être adonné à l'absinthe. Cependant, ses antécédents, rapprochés de l'examen clinique, ne laissent aucun doute sur la cause des désordres qu'il présente.

Il a depuis longtemps des pituites le matin, de l'insomnie, des rêves effrayants; il voit des animaux féroces prêts à le déchirer, il tombe dans des précipices, a des soubresauts qui le réveillent. Il ne paraît pas avoir eu d'hallucinations, mais il a souvent des vertiges et des crampes; sa vue s'est affaiblie graduellement, et par instants il voit des étincelles lumineuses. Depuis sa campagne d'Afrique, son caractère s'est modifié ; il est devenu très emporté.

Les fourmillements dans les membres inférieurs, les crampes dans les mollets sont si intenses que ce malade ne peut supporter la chaleur du lit et qu'il est souvent obligé de dégager ses membres des couvertures et même de descendre de son lit, ses douleurs n'étant calmées que par le froid du plancher.

Il se plaint de douleurs intenses, localisées dans le domaine de la cinquième paire et des branches du plexus cervical, des deux côtés. Ces douleurs sont surtout vives au niveau des régions malaire, temporo-maxillaire et frontale.

La pression au niveau du point d'émergence de ces nerfs est très pénible; de plus il existe à la partie moyenne de la région dorsale deux points douloureux, l'un à gauche, l'autre à droite. Dans ce dernier

côté, il existe un point latéral et un point antérieur, indices d'une névralgie intercostale

La recherche de la sensibilité fait constater que partout les sensations de tact et de température sont conservées; pour ce qui est de la sensibilité à la douleur, elle est abolie dans les membres supérieur et inférieur droits jusqu'à la racine; elle n'est que diminuée au tronc et dans la moitié gauche de la face. Analgésie relative aussi des membres gauches.

Tremblement des mains. Léger emphysème pulmonaire et bronchite Rien au cœur, ni aux autres viscères.

Je prescrivis 2 gr. 50 de chloral, mais le malade refusa d'ingérer cette potion qu'il prenait pour du chloroforme et quitta l'hôpital deux jours après son entrée.

A la suite de cette observation M. Lancereaux fait la remarque suivante :

L'existence d'un certain degré d'anesthésie nous fait penser qu'il y avait eu tout à la fois, dans ce cas, excès d'eau-de-vie et d'absiuthe.

Observation XIV. (Publiée dans la leçon de M. Lancereaux.)

Absinthisme? non avoué. — Hyperalgésie généralisée. — Troubles des sens.

Joseph K..., âgé de 44 ans, né à Luxembourg, entré le 5 juin 1873, salle Sainte Madeleine, n° 8 bis, à l'Hôtel-Dieu.

C'est à l'âge de 22 ans, et pendant deux années en Amérique, que le malade a pris des habitudes alcooliques. Il s'adonnerait de préférence à l'usage de la bière et de l'eau-de-vie, mais son affirmation est très suspecte, et l'aveu même de ses excès alcooliques ne lui a été arraché que très tardivement. Il a exercé diverses professions, tour à tour professeur (il peut enseigner sept langues), commerçant, photographe, garçon de pharmacie, il a été en dernier lieu infirmier et renvoyé de partout, il est aujourd'hui dans un dénûment absolu. Depuis l'âge de 28 ans, il est sujet à des vertiges et a le sommeil troublé par des cauchemars.

C'est un homme robuste, d'embonpoint modéré, il a l'œil hagard, la physionomie triste, les lèvres, les membres supérieurs sont agités du tremblement caractéristique; il présente une hyperesthésie très accusée; il suffit de le découvrir pour le faire sauter dans son lit, soubresauts plus violents quand on le touche ou même quand on menace de le toucher.

Le chatouillement de la plante des pieds est intolérable. Le pincement, le tiraillement des poils aux membres inférieurs déterminent des convulsions du membre touché tout entier.

Cette exagération de la sensibilité à la douleur existe partout, sauf à la région présternale et à la face; elle a son maximum d'intensité au niveau de l'abdomen, la compression des points correspondant au siège des ovaires chez la femme est excessivement douloureuse, oblige le malade à se tordre et détermine des convulsions des muscles de la face. On constate l'existence de points douloureux le long du rachis. Cette exploration de la sensibilité est très pénible et accompagnée de sueurs abondantes et de refroidissements des extrémités.

Les étourdissements sont si fréquents qu'ils rendent la marche presque impossible, le malade étant obligé de s'appuyer aux murs ou de s'asseoir souvent.

Troubles de la vue constitués par de la photopsie et du daltonisme; désordres de l'ouïe caractérisés par l'audition de temps à autre de bruits musicaux. Cependant pas d'hallucinations.

Le goût et l'odorat sont presque entièrement abolis.

L'appétit est médiocre. Les désirs vénériens, toujours peu ardents ont entièrement disparu.

Le caractère s'est modifié; il y a une tendance invincible à la tristesse; colères subites, violentes, sans motif suffisant.

Rien au poumon, ni au cœur; le foie a un volume normal.

Sous l'influence de l'hydrate de chloral et des douches, les cauchemars cessent presque complètement ainsi que le tremblement; l'hyperesthésie même ne persiste guère qu'au niveau des fosse iliaques au moment de la sortie (27 avril).

M. Lancereaux fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

Observé à une époque où je ne savais pas distinguer l'absinthisme de l'alcoolisme, ce malade ne fut pas interrogé avec tout le soin désirable sur la nature de la boisson dont il faisait usage ; mais les désordres si caractéristiques qu'il nous a présentés, ne nous permettent pas de douter un instant qu'ils ne fussent sous la dépendance de l'absinthe.

Observation XV. (Personnelle, inédite.)

Absinthisme? — Négation absolue de toute habitude alcoolique. — Modifications du caractère. — Rêves. — Photopsie. — Hyperalgésie des extrémités et de l'abdomen.

La nommée R..., femme G..., couturière, 38 ans, née dans les environs de Mantes, entre à la Pitié, salle Sainte-Geneviève, n° 24, le 2 octobre 1880. Sort le 6 novembre.

Cette malade raconte que ses parents sont morts subitement; ils étaient sobres, dit-elle; mais elle a deux sœurs qui boivent « au point de faire honte à toute la famille ».

Quant à elle, elle dit ne pas même savoir ce que c'est que l'absinthe ni le vulnéraire. Elle ne boirait du vin que de temps en temps et un petit verre. Sa boisson est le cidre et ce n'est que rarement qu'elle en boit deux litres dans sa journée. Jamais, de quelque manière qu'on la questionnât, on ne put lui faire dire autre chose. Comme elle vient de province, il est impossible de se renseigner auprès de son entourage.

Réglée à 17 ans, toujours régulièrement et sans douleur, elle a eu quatre enfants dont l'un est mort à 22 mois. Elle a nourri ses enfants et quatre autres.

Comme antécédents pathologiques, elle accuse une fièvre typhoïde il y a neuf ans et une fluxion de poitrine en 1876. Elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, n'a même jamais été nerveuse.

Les accidents actuels datent de deux mois. Depuis lors elle ne dort presque plus, elle a des cauchemars continuels : elle se sent tomber dans des précipices, dans l'eau ; elle voit sa maison renversée; elle est poursuivie par de vilains chiens, par des loups. Elle se réveille alors en sursaut toute frissonnante. D'autres fois en se réveillant, elle croit voir du feu devant elle et se met à crier. Etant éveillée, elle voit quelquefois des étincelles, des mouches brillantes.

Depuis la même époque elle a, surtout la nuit, des sensations de picotement dans les mains et les bras, quelquefois dans les membres inférieurs. Quelquefois les bras lui pèsent à tel point qu'elle a peine à les porter à sa tête ; d'autres fois ses jambes sont si alourdies qu'elle est obligée de s'asseoir.

Ordinairement, le matin en se levant, elle a « le cœur tourné. » Elle vomit quelquefois alors des matières aqueuses en abondance, d'autres fois seulement des glaires qu'elle n'expulse qu'avec peine. Dans la

journée elle a des tiraillements d'estomac et une sensation de brûlure le long de l'œsophage.

Etat à l'entrée. — Malade plutôt maigre, très remarquable par l'expression toute particulièrement triste de sa physionomie. Elle raconte du reste qu'elle est toujours triste, pleurant à la moindre cause; elle a souvent des angoisses dont elle ignore la cause. Quand elle parle, sa lèvre supérieure tremble très manifestement.

Le chatouillement de la plante des pieds est insupportable; par contre, la sensibilité au pincement est presque nulle sur le dos du pied jusqu'à la cheville. Mais l'hyperalgésie reparaît très vive à la jambe, où le moindre pincement arrache des cris à la malade. Le soir elle ressent encore de la douleur dans les points pincés le matin; ces points sont restés rouges; quelques-uns sont même le siège d'une légère ecchymose.

La pression dans la région ovarienne est douloureuse des deux côtés. Pas de points douloureux spinaux.

Prescription. Douches écossaises. Potion avec 10 centigr. d'extrait thébaïque.

Les jours suivants, hyperesthésie moindre. La malade dort mieux, mais continue à avoir des cauchemars. Elle se plaint d'une douleur spontanée assez vive à la partie inférieure de l'abdomen et de difficultés pour uriner.

On porte la dose d'opium à 15 centigrammes et les rêves cessent au bout de quelques jours.

6 novembre. Plus de rêves, sommeil assez bon. Les picotements ont disparu. L'appétit est meilleur, plus de pituites. La sensibilité est presque normale. La malade se plaint toujours de douleurs assez vives au devant de la vessie, mais elle se trouve cependant beaucoup mieux et demande son exeat.

Observation XVI. (Personnelle, publiée dans la leçon de M. Lancereaux sur la paralysie alcoolique.)

Absinthisme? non avoué. — Excès de bitter et de vulnéraire. — Hyperesthésie généralisée excessive. — Paralysie des membres. — Tuberculose pulmonaire. — Mort. — Autopsie.

La nommée G... (Marguerite), âgée de 48 ans, blanchisseuse, entre le 1er mai 1880 au n° 13 de la salle Sainte-Geneviève.

Cette femme se plaint de tousser depuis quelques mois et d'éprouver dans les mollets et les pieds de vives douleurs la nuit Sa mère est morte il y a dix ans d'une affection dont elle ignore la nature. Son père a disparu il y a déjà longtemps et elle ne sait ce qu'il est devenu. Réglée à 12 ans, cette femme n'a jamais été mariée et n'a jamais eu ni enfant, ni fausse couche. Elle a cessé d'être menstruée depuis longtemps. Venue à Paris à l'âge de 25 ans, elle a toujours exercé la profession de blanchisseuse. Bien nourrie, elle habite une grande chambre, au premier, donnant sur la rue. Comme antécédents pathologiques, elle n'a eu que la fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans et la scarlatine il y a vingt-cinq ans. Depuis plusieurs années, elle a remarqué que son appétit avait beaucoup diminué. Elle dit boire environ un litre de vin par jour, avoue que depuis huit ans elle prend tous les matins à jeun un verre de vulnéraire et que souvent elle recommence dans la journée et boit aussi souvent du bitter ; elle nie avoir jamais eu l'habitude de prendre de l'absinthe.

Cette malade fait remonter au mois de novembre dernier le début de l'affection actuelle. C'est à cette époque qu'elle a commencé à tousser. Elle s'est amaigrie très rapidement et depuis longtemps elle a, chaque nuit, d'abondantes sueurs généralisées ; le matin elle éprouve des nausées et rejette avec effort un liquide filant, blanchâtre ou verdâtre. Elle ne dort pour ainsi dire pas, et lorsqu'elle vient à sommeiller, elle ne tarde pas à être éveillée par des rêves effrayants : tantôt il lui semble tomber dans des précipices ; tantôt elle voit des serpents énormes. Elle a des crampes dans les jambes ; depuis un mois elle éprouve dans les mollets, et surtout dans les chevilles, des fourmillements, des picotements nocturnes très douloureux.

Sa figure est pâle, amaigrie, triste, l'œil hagard, les lèvres sont tremblantes. Les veinules cutanées des joues sont le siège d'une dilatation assez marquée.

La malade est fortement émue par notre examen, et surtout par les questions relatives à ses habitudes. Ses pieds, ses mains, son front, se couvrent de gouttelettes de sueur pendant notre interrogatoire.

La force musculaire est notablement diminuée, elle a beaucoup de peine à monter dans la salle ; ses mains ne peuvent serrer que très faiblement les nôtres ; elle marche en traînant les pieds et en les écartant un peu l'un de l'autre ; il ne paraît pas y avoir de phénomène d'incoordination motrice. Elle sent très bien le sol quand elle marche ; la sensibilité tactile est du reste partout conservée.

La sensibilité à la douleur s'est accrue dans d'énormes proportions

aux membres inférieurs jusqu'au-dessus du genou; le plus leger pincement, un simple contact en appuyant un peu font jeter des cris à la malade. Elle crie d'appréhension en voyant approcher de sa jambe une épingle avec laquelle elle croit qu'on va la piquer. Quand, pour constater la limite de la zone hyperalgésique, on l'a pincée plusieurs fois de suite, elle entre dans un état de violente excitation, nous suppliant de la laisser tranquille et finissant par éclater en sanglots. Les points de la peau qui ont été pincés, même légèrement, deviennent aussitôt le siège d'une vive rougeur qui persiste au moins une heure. Les membres supérieurs présentent, surtout à la face dorsale, une hyperalgésie analogue, mais moins prononcée, qui remonte jusqu'au tiers supérieur des avant-bras. Au point de vue de la sensibilité thermique, des objets qui pour nous donnent simplement lieu à des sensations de froid et de chaud, déterminent chez la malade une sensation de brûlure ou de froid excessif.

La pression sur les apophyses épineuses est aussi très douloureuse tout le long du rachis. Les deux régions ovariennes, mais surtout la gauche, sont le siège d'une vive sensibilité à une pression même légère. Enfin la percussion de la poitrine est si douloureuse surtout vers le sommet que cette exploration arrache des cris à la malade. Submatité dans les deux fosses sous-épineuses, plus marquée à gauche; diminution de la sonorité et sensation de résistance au doigt sous la clavicule gauche.

L'expiration dans la fosse sous-épineuse droite est rude et prolongée, on y entend des craquements humides. Dans la région correspondante à gauche, on entend du souffle caverneux et du gargouillement qui occupent même la partie supérieure de la fosse sous-épineuse. Râles caverneux à bulles nombreuses sous la clavicule gauche. Expectoration assez abondante de crachats purulents nummulaires.

Les bruits du cœur ne sont pas altérés, mais faibles et lointains. Le foie déborde le rebord costal d'au moins deux travers de doigt. L'urine ne renferme ni sucre ni albumine. Ext. thébaïque, 10 centigrammes.

Les jours suivants, la malade ne dort pas mieux, elle continue d'être ourmentée par des cauchemars : elle rêve que des chiens lui dévorent les pieds et les mains, voit des serpents, des bêtes à cornes. Les sensations douloureuses des extrémités augmentent plutôt qu'ils ne diminuent. En même temps, la faiblesse musculaire s'accentue à ce point que le malade ne peut presque plus marcher.

Le 10 mai, la dose d'extrait thébaïque est portée à 15 centigrammes; le sommeil est meilleur, mais les visions effrayantes persistent.

Le 17, la malade ne peut faire que 3 ou 4 pas sans être soutenue;

ses jambes fléchissent sous elle. Il lui est presque impossible de saisir de petits objets : une épingle, une allumette, par exemple; elle est prise assez rapidement de tremblement quand elle tient son verre à la main.

Vers le 20 mai, il lui devient complètement impossible de marcher, même avec un appui; elle reste dès lors constamment couchée, peut à peine soutenir ses pieds au-dessus du plan du lit et les tient constamment dans une extension forcée sur la jambe, le talon relevé; cette attitude est plus marquée à gauche.

Dans le mois de juillet, l'état de la motilité reste le même. La malade maigrit et pâlit progressivement.

Le 9, œdème pâle, mou, bi-latéral du dos des pieds. Vers la fin du mois, phlegmatia alba du membre inférieur droit.

En août, la malade éprouve une dyspnée constante avec exacerbations paroxystiques. Elle se plaint de points douloureux très pénibles vers le sommet de la poitrine.

Les sensations de picotement et de fourmillement ont beaucoup diminué, ainsi que l'hyperalgésie. Même état de la motilité.

20 août. L'examen de la contractilité faradique des membres inférieurs montre que les muscles se contractent, mais faiblement, sous l'influence d'un courant d'une intensité moyenne. Pour obtenir une légère contraction dans le mollet gauche, il faut monter presque jusqu'en haut le cylindre creux et la bobine. A droite même, on n'obtient pas de contraction appréciable; mais il est possible que l'œdème très considérable du membre puisse empêcher une contraction faible d'être perçue.

La malade, toujours excitée par le pincement, ne sent presque pas passer le courant électrique. Ce n'est qu'avec un courant intense que l'on provoque une légère sensation douloureuse.

Dans les derniers jours d'août, l'œdème du membre inférieur gauche augmente beaucoup et l'on sent manifestement un cordon dur sur le trajet de la veine crurale. Amaigrissement très rapide et affaiblissement graduel de la malade. Fièvre hectique, sueurs générales et profuses. Diarrhée depuis le milieu d'août.

Le 8 septembre au soir, râle trachéal. La malade meurt le 9 à 6 heures du soir.

L'autopsie n'a pu être pratiquée que le 11 au matin, lorsque le cadavre présentait déjà des traces manifestes de putréfaction.

Adhérences très solides du sommet des deux poumons. Le sommet du poumon gauche est criblé de cavernes anfractueuses, communiquant entre elles, remplies de pus liquide et dont la paroi en plusieurs points est uniquement constituée par la plèvre fortement épaissie.

Excavations semblables, mais moins étendues au sommet droit. Dans toute leur étendue, les poumons sont farcis de noyaux lobulaires de pneumonie tuberculeuse et de granulations isolées disposées le long des vaisseaux en forme de grappes. En outre, il existe sous la plèvre viscérale, des deux côtés, un abondant semis de granulations grises, volumineuses, dures, à peine jaunâtres à leur centre. Le larynx et la trachée sont sains.

Le cœur, de volume normal, est surchargé de graisse à sa base. Son tissu est mou, la fibre musculaire un peu décolorée. Les cavités cardiaques ne contiennent qu'une faible quantité de sang demi-liquide. Les valvules sont saines.

L'aorte n'est pas altérée.

L'estomac est de volume normal ; la membrane muqueuse présente dans la région pylorique une teinte grisâtre et quelques arborisations vasculaires qui rougissent à l'air.

La dernière portion de l'iléon présente des ulcérations miliaires, arrondies, qui paraissent occuper les follicules isolés. Le cæcum est le siège d'une ulcération arrondie de l'étendue d'une pièce d'un franc.

A ce niveau, il existe sous le péritoine des granulations grises assez nombreuses.

Le foie est volumineux, il est augmenté dans tous ses diamètres, mais plus épaissi encore qu'élargi. Son tissu est fortement stéatosé. Les reins sont également gras. Les organes génitaux sont sains, sauf quelques brides celluleuses cloisonnant le cul-de-sac recto-utérin.

Le crâne est mince, fragile. Le diploé a presque entièrement disparu. Pas de lésions de la dure-mère. Notons cependant la présence d'un grand nombre de granulations de Pacchioni. A l'incision de cette membrane, il s'écoule une quantité très notable de liquide céphalorachidien. La pie-mère ne présente nulle part de granulations tuberculeuses ni d'exsudats inflammatoires ; à la convexité des hémisphères, elle est en quelques points épaissie et opaline.

Le cerveau est petit, de consistance ferme ; on n'y constate à la coupe aucune lésion, non plus que dans le cervelet et la protubérance.

Le canal rachidien ne présente pas d'altération.

Les enveloppes de la moelle sont normales.

Celle-ci paraît absolument saine à l'œil nu.

Malheureusement, vu probablement l'état de putréfaction assez avancée du cadavre, elle n'a pu être assez bien durcie pour pouvoir être examinée au microscope.

Les fibres des racines antérieures et postérieures des diverses régions, examinées au microscope, après dissociation, ne présentent d'autres modifications qu'un léger état variqueux de la myéline, probablement d'origine cadavérique.

Il en est autrement du nerf tibial postérieur et de la branche cutanée péronière dont les fibres dissociées sont également examinées à l'état frais La myéline d'un grand nombre de fibres de ces nerfs était segmentée en gouttes bien distinctes, arrondies, de volume inégal; les nerfs renfermaient en outre des gaines vides revenues sur elles-mêmes. Enfin, sur quelques fibres, les noyaux de la gaine de Schwann étaient évidemment plus rapprochés les uns des autres qu'à l'état normal.

Les muscles des membres et surtout ceux des jambes étaient, à l'œil nu, décolorés, jaunâtres, mous, friables. L'examen microscopique a porté sur des fibres dissociées du couturier et du soléaire. Pour le premier de ces muscles, un grand nombre de fibres avaient conservé leur aspect normal, mais d'autres presque aussi nombreuses étaient altérées ; leur striation avait disparu, leur aspect était trouble ; beaucoup étaient cassées; enfin elles étaient comme bourrées de granulations très refringentes, de volume inégal, accumulées surtout au voisinage du noyau. Le myolemme ne présentait pas de prolifération nucléaire évidente. Ces lésions de stéatose parenchymateuse existaient de même dans le soléaire, mais beaucoup plus avancées. Ici les fibres granuleuses, cassées, l'emportaient en nombre sur les fibres saines.

Observation XVII. (Personnelle, inédite.)

Intoxication chronique par le vulnéraire. — Abrutissement, perte de la mémoire. — Analgésie des extrémités. — Attaques convulsives (épilepsie ?).

S... (Alexandre), élève en pharmacie, âgé de 30 ans, né dans le Calvados, entré à la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 25, le 18 juin 1880, sorti le 26 juillet.

Ce malade raconte que son père, aujourd'hui âgé de 60 ans, et se portant bien, est un grand buveur. Il aurait eu de 25 à 30 ans des attaques convulsives semblables à celles que présente aujourd'hui son fils.

Celui-ci a commencé à boire étant au collège. Depuis qu'il est dans la pharmacie, il boit surtout du vulnéraire ; il en consommerait parti-

culièrement le matin à jeun. Plus rarement, il boit de l'eau-de-vie : le goût de cette liqueur lui est désagréable, mais il en prend « parce qu'il éprouve un grand bien-être après en avoir bu ». Du reste, depuis quelque temps il aurait beaucoup diminué ses doses de liqueur. Il affirme ne jamais boire d'absinthe.

Il raconte que depuis une dizaine d'années il est pris très souvent la nuit, même quand il est très bien portant en se couchant, des accidents suivants :

Il se réveille brusquement, sent que l'air lui manque, puis tombe en jetant des cris (quelquefois un seul), perd connaissance et se débat. Il se serait quelquefois mordu la langue ; il n'a jamais uriné au lit. Le matin en se réveillant il se sent tout brisé.

D'autres fois l'attaque étant moins forte, il ne s'éveille pas, mais pousse des cris dans son sommeil. Il n'a jamais eu d'accidents semblables dans la journée.

Il a eu des pituites il y a quelques années, mais n'en aurait plus.

Etat à l'entrée. — C'est un homme d'aspect vigoureux, d'embonpoint normal ; quelques varicosités des joues. Son facies exprime une hébétude, une indifférence profonde; il raconte qu'il a perdu la mémoire, qu'il ne peut plus s'appliquer à rien ; il ne peut pas lire plus de dix minutes de suite. Il s'excite, s'émeut pendant l'interrogatoire.

Il ne peut rester seul la nuit sans lumière. Son sommeil est très fréquemment troublé par des cauchemars : il voit des animaux noirs, des espèces de griffons qui se tiennent en face de lui et qui montent sur sa poitrine; d'autres fois il rêve de chutes, d'explosions, d'accidents de chemin de fer, quelquefois d'orages et conserve alors même après le réveil la sensation d'une odeur sulfureuse persistante (hallucination de l'odorat).

Il a souvent des crampes dans les jambes et des sensations douloureuses dans les extrémités, tantôt des picotements très désagréables, tantôt des tiraillements, « comme si on lui arrachait les nerfs ». Ces phénomènes sont exagérés par les changements de température. Pas de sensation subjective de froid. La chaleur du lit augmente ses douleurs.

Si l'on explore la sensibilité, on ne trouve pas d'altération des sensibilités thermique et tactile, mais il existe une diminution notable de la sensibilité à la douleur sur tout le corps.

Le maximum de cette analgésie existe à la face dorsale des pieds et des mains.

Au tiers inférieur de la jambe gauche on trouve par contre une pla-

que de la grandeur de la paume de la main où il existe une hyperalgésie évidente au pincement et à la piqûre.

Le chatouillement de la plante des pieds, bien qu'il ne soit absolument pas douloureux, provoque des réflexes très étendus.

L'état général est du reste assez bon, le malade mange bien. Les désirs génésiques sont très affaiblis.

Sous l'influence du chloral et des douches les cauchemars disparurent; le malade n'eut dans son séjour que deux petites attaques nocturnes incomplètes (absences), mais à sa sortie le 26 juillet l'état de la sensibilité était absolument le même qu'à l'entrée.

CONCLUSIONS.

I. — L'abus habituel de l'absinthe détermine une série de désordres dont les uns sont semblables à ceux de l'alcoolisme ordinaire, tandis que les autres en diffèrent soit comme degré, soit comme nature.

II. — Paris et l'Algérie sont les deux centres où se contracte presque exclusivement l'habitude de l'absinthe, au moins pour ce qui est des malades de l'hôpital.

III. — Tous les symptômes de l'absinthisme relèvent directement ou indirectement du système nerveux.

IV. — Le caractère des absinthiques est remarquable par son impressionnabilité, par la succession ou le mélange de l'irritabilité et de la tristesse.

V. — Les rêves de ces malades sont analogues à ceux des alcooliques, plus effrayants peut-être encore; les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont beaucoup plus fréquentes dans l'absinthisme.

VI. — Le délire absinthique ne diffère pas du délire alcoolique; comme lui il ne survient qu'à l'occasion d'une cause déterminante (affection intercurrente, émotion vive, abus excessif produisant un épisode aigu).

VII. — Les symptômes les plus caractéristiques de l'absinthisme sont des phénomènes douloureux soit spontanés, soit provoqués. L'hyperalgésie occupe particulièrement les extrémités, la région *ovarienne*, le rachis.

VIII. — Plus souvent que l'alcoolisme, l'absinthisme détermine un affaiblissement des membres pouvant aller jusqu'à une véritable paralysie.

IX. — Les troubles sensitifs et moteurs des extrémités sont remarquables par leur symétrie et leur marche ascendante vers la racine des membres.

X. — Les convulsions généralisées sont un symptôme de l'absinthisme aigu ; on ne les observe dans l'absinthisme chronique que sous l'influence d'un épisode aigu ou à la suite du développement d'une lésion cérébrale.

XI. — Les troubles digestifs sont analogues à ceux de l'alcoolisme, mais moins prononcés.

XII. — Les désirs et la puissance génitale sont chez l'homme très rapidement et profondément compromis par l'habitude de l'absinthe. Chez la femme elle paraît rendre la ménopause plus précoce et prédisposer à l'avortement et à la mort des enfants en bas âge.

XIII. — Les absinthiques meurent presque fatalement de tuberculose pulmonaire; il est absolument exceptionnel de les voir arriver à 60 ans.

XV. — Les lésions cadavériques de l'absinthisme ne

peuvent actuellement être distinguées de celles de l'alcoolisme ; elles sont caractérisées également par un état de vieillesse anticipée de tous les organes.

XVI. — Dans aucune autopsie il n'existait de cirrhose hépatique ni d'athérome artériel.

TABLE DES MATIERES

Introduction et historique. 5
Etiologie. 8
Symptomatologie. 14
Marche, Terminaisons, Pronostic 51
Anatomie pathologique 61
Diagnostic 64
Traitement. 66
Observations 69
Conclusions 105

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY succr, rue Monsieur-le-Prince, 31.

